

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

DASCALAKIS B. Taxiarchis

Né le 3 Août 1907, à Néochorion (Gytheion) Grèce

Etude Critique des Tests de Guérison

dans le

Traitement des Ulcères

(Résultats de la Protéinothérapie)

**Travail fait dans la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur A. GOSSET)**

**(Consultation des maladies du Foie et du Tube Digestif)
(Docteur R. A. GUTMANN)**

Président : M. ANTONIN GOSSET, professeur

IMPRIMERIE ALFRED LAPIED

45, RUE DES CANETTES, PARIS VI°

1936

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

DASCALAKIS B. Taxiarchis

Né le 3 Août 1907, à Néochorion (Gytheion) Grèce

Etude Critique des Tests de Guérison

dans le

Traitement des Ulcères

(Résultats de la Protéinothérapie)

Travail fait dans la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière

(Professeur A. GOSSET)

(Consultation des maladies du Foie et du Tube Digestif)

(Docteur R. A. GUTMANN)

Professeur : M. ANTONIN GOSSET, président

IMPRIMERIE ALFRED LAPIED

15, RUE DES CANETTES, PARIS VI*

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAÎTRE.
Clinique propédeutique.	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Professeurs sans chaire	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie mé- dicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie mé- dicale.
BESANÇON. (Justin)	Hydrologie.
BOULIN.	Pathologie mé- dicale.
BULLIARD.	Histologie.
CATHALA.	Pathologie mé- dicale.
CHEVALLIER.	Pathologie mé- dicale.
DOGNON.	Physique.
FEY.	Urologie.
GALLIARD.	Parasitologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
DE GAUDART d'ALLAINES.	Pathologie chi- rurgicale.
GAYET.	Physiologie.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU.	Pathologie mé- dicale.
HALPHEN.	Oto - rhino-la- ryngologie.
HAZARD.	Pharmacologie.
HUGUENIN.	Anatomie pa- thologique.
JOANNON.	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologi- que.
LACOMME.	Obstétrique.
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.

MM.	
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RIEHTET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.

WILMOTH. Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chi- rurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.
LEROUX. Anatomie pa-
 thologique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE. . .		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER. .	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL. .			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . . . ,	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.
RUFFRE.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA MERE

A MON FRERE M. APOSTOLOS DASCALAKIS

Journaliste,

Docteur en droit, Docteur ès lettres.

*Qui a su remplacer notre Père et
devenir notre meilleur ami et le guide
inlassable de nos études.*

*Il voudra bien trouver ici l'expres-
sion émue de notre très sincère recon-
naissance.*

A MA FAMILLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552211_0034

*A la première page de cette thèse,
qu'il nous soit permis d'exprimer à*

NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR RENÉ-A. GUTMANN

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*nos sentiments de respectueuse grati-
tude, pour les conseils qu'il nous a
constamment prodigués, au cours de
ce travail et pendant notre long séjour
dans le service.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre fidèle attachement
et de notre profonde admiration.*

A M. LE PROFESSEUR A. GOSSET,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Institut,
Grand-Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a accueilli pendant trois
ans dans son admirable service de
la Salpêtrière et nous a fait le grand
honneur de présider cette thèse.*

*Hommage de profond respect et de
reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR R. LEDOUX-LEBARD

Chargé de cours de Radiologie Clinique à la Faculté,
Electro-Radiologiste des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Grâce à l'amabilité et à la science
de qui nous avons pu suivre les ma-
lades qui font l'objet de ce travail.*

AINSI QU'A SES COLLABORATEURS

MM. GARCIA-CALDERON et NEMOURS-AUGUSTE.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE

INTRODUCTION

Le présent travail comprend deux parties. D'une part, nous rendons compte des résultats obtenus par la protéinothérapie dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. Travail strictement objectif. Ayant appliqué cette méthode sur un assez grand nombre de malades, nous présentons ici ses résultats.

La deuxième partie — qui n'est pas la moins importante — est une critique des traitements médicaux ou plutôt de la façon dont leurs résultats sont interprétés. En effet, n'importe quel traitement médical préconisé jusqu'à aujourd'hui, semble agir d'une façon remarquable. Ce qui n'empêche pas — au bout d'un certain temps — les malades de recommencer à souffrir.

Notre maître, M. le docteur Gutmann, a déjà indiqué les causes de ces résultats contradictoires dans un article intitulé *Les critères de guérison*. Sous sa conduite, nous avons fidèlement réuni et appliqué ces critères sur notre propre travail. C'est pour cette raison que nous nous montrons aussi sévères dans l'interprétation des résultats obtenus — résultats qui pourraient être beaucoup plus favorables, mais inexacts sans l'application de ces critères.

Nous avons attendu deux ans et demi avant de publier ce travail. Ce temps qui peut paraître long, est indispensable si on veut éviter des déceptions ultérieures. Nous avons en effet remarqué que, entre le moment où les observations ont été prises et le moment où elles ont été soumises — plusieurs mois après — à l'approbation du docteur Gutmann, un

grand nombre de cas considérés comme des *succès*, étaient transformés en échecs. Puis, peu à peu, il se produisit une sorte d'équilibre et actuellement nos chiffres sont stables.

Ce travail ne nie pas la valeur des traitements médicaux. Au contraire. Mais avant de se prononcer pour ou contre un traitement médical, il nous semble indispensable de s'entourer de certaines garanties. Espérons que ce modeste travail les apporte.

Pour mieux comprendre et suivre le présent travail, nous commençons d'abord par un historique, où sont passés en revue, les principaux travaux des auteurs français et étrangers qui ont appliqué la protéinothérapie dans le traitement des ulcères gastroduodénaux. En plus des statistiques personnelles à chaque auteur, nous avons également noté certaines théories sur la pathogénie de l'ulcère, de la douleur, etc., théories qui en partie peuvent expliquer le mode d'action de la protéinothérapie.

Suit le chapitre « les critères de guérison », concernant l'évolution de l'ulcère et dont nous avons parlé plus haut.

Les chapitres suivants comprennent les résultats personnels ainsi que toutes les constatations ou remarques que nous avons été amené à faire au cours du traitement. Tous les malades dont les observations suivent ont été traités par nous dans la consultation des maladies du foie et du tube digestif, de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

Enfin, nous avons fait un certain nombre de graphiques dont la simple lecture montre instantanément l'évolution de l'ulcère, son traitement et ses résultats immédiats et éloignés.

Avant de terminer ce prologue, qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance et notre admiration pour cet unique centre d'enseignement qu'est la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, dirigée par M. le Professeur Gosset. Un de ses princi-

paux collaborateurs, le docteur R.-A. Gutmann, a bien voulu nous permettre de profiter de son enseignement et nous confier le sujet de cette thèse. Pendant trois ans, nous avons travaillé à ses côtés de notre mieux. Grâce à son enseignement méthodique, nous avons pu nous initier dans l'étude si aride des maladies du tube digestif. En quittant — avec regret — son service pour retourner dans notre pays, nous n'oublions jamais ce que nous lui devons. Qu'il veuille bien trouver ici-même l'assurance de notre gratitude.

Nous tenons également à remercier tout particulièrement M. le docteur R. Jahiel, attaché médical de clinique, qui nous honora de son amitié et fut pour nous d'une aide précieuse au cours de notre séjour dans le service.

HISTORIQUE

Le traitement médical des ulcères gastriques et duodénaux est depuis longtemps l'objet de nombreuses recherches. Chaque nouvelle théorie sur la pathogénie des ulcères, voyait naître une nouvelle thérapeutique aussi différente l'une de l'autre.

— En dehors des traitements classiques — pansements gastriques et antispasmodiques — de nombreuses méthodes ont été proposées: injections de pepsine, d'extraits organiques, d'acides aminés, traitement anti-spécifique, injections d'insuline, etc., etc.

Nous allons nous occuper uniquement de la Protéinothérapie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux et passer rapidement en revue les travaux des différents auteurs ayant appliqué cette méthode.

Diverses protéines et voies d'introduction ont été utilisées. Les uns — Pribram, Grote, Von Bergmann, Kalk, Friedrich, Pervetz, Weirs — emploient une protéine végétale cristallisée en injections intra-musculaires ou intra-veineuses, par série de 10 à 12 injections à 3 ou 4 jours d'intervalles.

D'autres utilisent un mélange de substances protéiques peu toxiques provenant du staphylocoque doré et du bacillus prodigiosus, mais capables de provoquer des réactions générales trop intenses.

On a également utilisé (Meyer et Kartoon) un vaccin, par voie intra-veineuse, à base de gonocoque ou bacille typhique, par séries de 5 à 6 injections, une injection tous les 5 ou 7 jours.

Enfin, Lay Martin a pratiqué des injections intra-musculaires d'une préparation spéciale de lait.

MODE D'ACTION DE LA PROTEINOTHERAPIE

Ce sont les affections inflammatoires, surtout chroniques, qui sont le plus favorablement influencées et améliorées par les injections de protéine, et les affections où le tonus du système neuro-végétatif joue un rôle important. D'après Pribram, c'est parce que les foyers inflammatoires chroniques se réveillent sous l'influence des excitants de toute sorte, alors que le reste du corps ne réagit pas. La protéinothérapie agit, en somme, sur l'ulcère en provoquant une réaction focale et c'est sous l'influence même de cette irritation locale congestive que l'on facilite la cicatrisation ultérieure.

Ce qui caractérise l'action protéinique, c'est-à-dire ce réveil du foyer latent qui traduit aussi l'augmentation de la défense du tissu, c'est qu'il est suivi d'une amélioration prolongée, voire même d'une guérison.

D'autres auteurs, au contraire, admettent que la protéinothérapie acquiert un rôle curateur, en modifiant le tonus vago-sympathique.

ACTION SUR LA DOULEUR ET LA MOTRICITE

La plupart des auteurs sont d'accord sur le fait que c'est sur la douleur que les injections de protéine ont l'action la plus rapide et la plus marquée. Dans toutes les observations la douleur spontanée a été le premier trouble amélioré ou guéri.

Meyer et Kartoon remarquent la disparition rapide de la douleur.

Kalk soulage 10 malades sur 18.

Sur 15 malades de Lay Martin, 12 ont vu disparaître complètement leurs douleurs; 2 ont été améliorés et chez un l'état a été empiré.

Pour Pribram, l'action calmante de la douleur, après un injection protéinique, se présente avec une telle régularité dans tous les cas d'ulcération gastrique et duodénale, que son absence peut faire dou-

ter de l'exactitude du diagnostic! Le retard apporté dans l'apaisement de la douleur ou l'aggravation même de cette dernière se prolongeant pendant longtemps permet souvent de trouver à l'origine une cholécystite ou une autre affection de ce genre réveillée par une injection de protéine.

Plusieurs auteurs, cherchant à expliquer cet apaisement ou disparition de la douleur au cours du traitement protéinique, ont été naturellement entraînés à expliquer le mécanisme lui-même de la douleur.

Pribram pense que la douleur serait due à une association du spasme et de l'irritation récente et surajoutée au niveau de l'ulcération, d'où l'apparition périodique des crises douloureuses malgré la persistance constante du spasme. Lorsque celui-ci disparaît, la douleur, non seulement n'apparaît plus, mais cette accalmie relative a créé des conditions favorables à la guérison. La protéine possède un très grand pouvoir spasmolytique, surtout en ce qui concerne la durée de cette action spasmolytique.

L'hyperchlorhydrie a été invoquée comme facteur de la douleur. Meyer, Cohen et Carlson, étudiant les effets de la fièvre sur la sécrétion gastrique chez le chien, ont vu une diminution notable, au cours de la fièvre, de l'acide chlorhydrique libre et total, et du volume du liquide gastrique; le lendemain, les animaux étant sans fièvre, la sécrétion revenait à la normale. Cette observation pouvait expliquer la disparition de la douleur due à l'hyperacidité. Supposant que cette diminution de l'acidité s'observait chez tous les malades soumis à la protéinothérapie, le retour à la normale 24 ou 48 heures après, devait correspondre à une reprise de la douleur. Mais on a vu des cas où la douleur persiste malgré une diminution constante de l'acidité, et disparaître malgré une augmentation de l'acidité gastrique.

Le tonus gastrique et les contractions stomacales dues à la faim sont également invoquées comme un facteur important de la douleur.

Pribram rappelant la théorie de Bergmann sur l'origine neurogène des ulcères gastriques et les travaux de Holler qui cherchait, en se basant sur cette théorie, à traiter les ulcérations gastriques par l'emploi d'une substance protéinique neurogène, la « vaccineurine », pense que la protéinothérapie agit sur le système neuro-végétatif, sur le sympathique et le pneumogastrique.

Müller et Schminke ont trouvé des altérations capillaires microscopiques dans un endroit de la muqueuse gastrique *éloigné* du siège de l'ulcère.

Il semble que les lésions vasculaires qui accompagnent l'ulcère ne sont pas secondaires à lui, mais sont dues à « une neurose primaire constitutionnelle d'ordre général ».

La protéinothérapie parentérale provoque une atteinte irritative ou paralytique du sympathique, dont la conséquence est l'hyperémie durable des capillaires, facteur de l'amélioration frappante, de la guérison de l'ulcère. En somme, elle est comparable à l'ablation du sympathique; elle réalise le même effet que l'opération de Leriche. En résumant, les modifications produites par les injections de protéine, d'après Pribram, sont les suivantes:

- résolution du spasme musculaire et accalmie relative de l'ulcère, et par conséquence disparition de la douleur et augmentation de la tolérance alimentaire;

- résolution de l'angio-spasme et de l'hyperémie;

- restauration de la réaction inflammatoire au niveau de l'ulcération;

- augmentation du pouvoir de régénération des tissus;

- élévation de la quantité de l'antipepsine contenue dans le sang.

Au contraire, von Friedrich pense que l'amélioration du fonctionnement gastrique n'est pas due au relâchement du spasme pylorique: pour lui, pendant les crises douloureuses, la musculature du corps de l'estomac se trouve dans un état d'hypotonie com-

parable à celui d'un myocarde en état de décompensation; sous l'influence du traitement, les contractions gastriques tendent à redevenir normales et efficaces tout comme celles d'un myocarde sous l'influence de la digitale!

Cette hypothèse n'est pas admise par Müller et Petersen qui ont montré que la protéine produit une diminution des contractions gastriques.

Certains auteurs ont cherché les rapports qui peuvent exister entre la disparition de la douleur après injection d'une protéine étrangère, d'une part, la circulation gastrique et l'augmentation de la vascularisation autour de l'ulcère d'autre part.

On sait que l'injection d'une protéine étrangère atténue ou fait disparaître les douleurs dans certaines maladies vasculaires périphériques. Cet apaisement est dû à l'augmentation de l'irrigation et l'amélioration de la circulation collatérale. Cette façon de voir est celle de Meyer et Kartoon, qui pensent que la douleur ulcéreuse est associée à des variations et perturbations de la circulation sanguine, dans et autour de l'ulcère.

Généralement, on admet que l'ingestion d'aliments calme les douleurs parce qu'elle diminue le tonus et neutralise l'acidité. D'après ces deux auteurs précités, la douleur se calme parce que l'ingestion d'aliments augmente la circulation sanguine de l'estomac particulièrement autour de l'aire ulcéreuse. La conséquence de cette augmentation de la circulation sanguine est la diminution du tonus et du spasme, d'où apaisement de la douleur.

La réapparition des douleurs, un certain temps après les repas, s'explique de la façon suivante: au fur et à mesure que la digestion progresse, la péristaltisme gastrique devient plus vigoureux; cette hyperactivité vide le réseau vasculaire gastrique, surtout autour de l'ulcère, d'où résulte une asphyxie locale, œdème, spasme et douleur. C'est ainsi qu'on

peut expliquer le caractère rythmé de la douleur ulcéreuse.

En ce qui concerne les douleurs calmées par l'ingestion des alcalins, Cushny a montré qu'une solution alcaline peut agir comme un irritant de la muqueuse gastrique, provoquant une hyperémie et ainsi calmant la douleur et la distension.

ACTION SUR LE CHIMISME GASTRIQUE

Le chimisme gastrique avant et après la protéinothérapie a été étudiée par certains auteurs.

D'après *Friedrich*, la protéine influence très peu le chimisme.

Pour *Holler*, il y a au début du traitement une augmentation passagère de l'acidité, qui tombe ensuite au-dessous du taux normal, pour revenir au chiffre normal.

Kalk a étudié la courbe de sécrétion chez 12 malades::

- 7 fois l'acidité et la durée de sécrétion restent immuables;
- 4 fois, il y a légère diminution;
- 1 seule fois, elle fut très marquée.

Lay Martin a observé chez 17 malades, immédiatement après le traitement:

- sur 5 malades, augmentation de l'acidité;
- sur 9 malades, pas de modification;
- sur 3 malades, diminution.

Sur ces mêmes malades, huit ont été vus 4 à 18 mois après:

- 2 augmentation;
- 4 pas de modification;
- 4 diminution.

Meyer et Kartoon ont observé:

- diminution de l'acidité chez 5 malades;
- Aucune modification ou très peu chez 4;
- augmentation chez 1 malade.

Chez les 4 malades où on a observé la diminution de l'acidité, il y avait en même temps apaisement des douleurs.

Chez un malade, réduction définitive de l'acidité, mais pas d'apaisement ni amélioration.

Chez 4, pas de modification de l'acidité, mais apaisement de la douleur et amélioration clinique.

Chez un malade, porteur d'un néo, hypochlorhydrique, l'acidité s'est augmentée, et la douleur s'est calmée dans les 24 ou 48 heures.

Un malade, porteur d'un ulcère peptique, a vu son acidité diminuer.

Ces deux auteurs concluent que la disparition des douleurs au cours du traitement protéinique intra-veineux, est indépendante des variations de l'acidité gastrique.

Enfin, sur 31 malades, soumis à la protéinothérapie, Pribram, a vu :

- 18 fois l'acidité revenue à la normale;
- 7 fois, elle a diminué sans revenir à la normale;
- 6 fois, elle s'est exagérée.

RESULTATS CLINIQUES ET STATISTIQUES

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur l'efficacité de la protéinothérapie comme traitement des ulcères gastro-duodénaux. Les uns la considèrent comme un adjuvant dans le traitement de l'ulcère. D'autres comme un sédatif de la douleur et l'associent aux autres traitements classiques. Enfin, certains nous présentent des statistiques optimistes avec 80 et 90 pour 100 des guérisons.

Nous allons exposer plus loin nos résultats personnels et dans un prochain chapitre — les critères de guérison — nous verrons à quoi sont dûs ces résultats contradictoires, et pourquoi on ne peut pas accorder une foi absolue aux statistiques plus optimistes.

Voici quelques résultats obtenus par différents auteurs;

Schindler trouve que l'avantage de ce traitement est la possibilité de guérir le malade sans qu'il soit obligé de quitter son travail. Il emploie la protéinothérapie associée au régime, aux alcalins et aux antispasmodiques.

Permiakoff, qui emploie des injections intramusculaires de lait bouilli, constate que ce traitement est surtout efficace dans l'ulcère duodénal; tous ses malades ont été guéris ou tout au moins améliorés. Dans les cas récents d'ulcère gastrique au contraire, il n'a obtenu que des améliorations, mais pas de guérisons.

Pera Y Perez emploie, à la fin du traitement protéinique, les sels de calcium comme fixateurs de la modification cellulaire ou protoplasmique. Il a observé une diminution marquée et quelquefois une cessation complète des douleurs, après une première phase d'exagération.

Sur 11 malades traités par Meyer et Kartoon, il y a :

— une rechute, une semaine après une série de cinq injections;

— une rechute, six semaines après;

— deux malades allaient bien 6 à 7 mois après le traitement;

— un malade allait bien 9 mois après, chez qui néanmoins la niche duodénale persistait 7 mois après.

Radiologiquement aucun cas n'a montré une disparition complète de la niche.

Sur 139 cas, Grote et Bergmann ont noté 90 améliorations et 39 échecs. Sur 12 malades, le syndrome de sténose pylorique avec résidu stomacal s'est atténuée sous la seule influence de la protéinothérapie.

Sur 24 malades traités, Lay Martin constate 83,2 p. 100 de guérisons (?). Sur 15 malades aigus, douze ont vu disparaître complètement leurs douleurs.

— Deux ont été améliorés;

— chez un l'état a été empiré.

Sur les neuf malades chroniques :

- les cinq sont sans signes, dont les deux avaient une sténose partielle du pylore;
- un a été très amélioré;
- trois ont été opérés.

Enfin, Pribram rapporte les statistiques les plus optimistes. Pour lui, la protéinothérapie est devenue un mode souverain de traitement de l'ulcère gastroduodénal. La seule contre-indication est la tuberculose, même latente. Il n'a jamais vu se produire une hémorragie après injection protéinique. Au contraire, il a pu obtenir, dans un cas, un résultat hémostatique.

Sur 77 malades traités:

- 42 furent totalement débarrassés de leurs douleurs et de leurs troubles qui duraient, avec intermittences, depuis plusieurs années;
- 20 malades furent améliorés;
- 15 n'ont bénéficié d'aucune amélioration et ont été opérés.

Il obtient donc:

80 % d'amélioration, dont 54,5 % ont été totalement débarrassés de leurs troubles, 26 % furent améliorés et 19 % sont restés sans résultats. Chez cet derniers, 7 avaient un ulcère peptique.

Un mois après la fin de la série d'injections, la disparition des troubles et l'état de l'amélioration se maintenait dans 38 cas.

Deux mois après sur 32 malades vus:

- 25 ne présentaient aucun trouble;
- 5 sont restés sans amélioration;
- 2 ont eu des récidives;

Trois mois après le traitement, sur 26 malades examinés: 2 ont eu des récidives, 8 %;

Quatre mois après, 21 % des récidives (?)

Cinq mois après, 15 %;

— Six mois après, 11 %.

Dans l'ensemble 15 malades sur 77 ont eu des récidives et on a dû les soumettre à une nouvelle série de piqûres.

LES CRITERES DE GUERISON

Nous avons vu précédemment quelques statistiques des malades traités par la protéinothérapie. Les chiffres nous paraissent trop élevés. Ils ne tiennent pas compte des « Critères de guérison » des ulcères.

Or, si on veut juger de l'effet d'un traitement quelconque de l'ulcère gastrique ou duodénal, il faut avoir présents à l'esprit les signes et l'évolution elle-même de cette maladie.

« Trouble encore inconnu du trophisme ou du métabolisme, se traduisant par une ulcération gastrique qui évolue par poussées, guérit souvent spontanément à la suite de cette poussée, et qui, par ses répétitions, tend à devenir permanente. » Telle est la définition de l'ulcus que donne notre maître, le docteur GUTMANN.

On peut diviser les critères en deux groupes :

- d'ordre diagnostique;
- d'ordre thérapeutique.

I. — CRITERES D'ORDRE DIAGNOSTIQUE

A. *Critères cliniques.* — L'ulcère gastro-duodénal est une affection caractérisée avant tout par des douleurs plus ou moins tardives, calmées par les aliments, qui surviennent pendant longtemps par poussées d'une durée de huit jours à 2 mois, rarement plus, et qui disparaissent ensuite *spontanément* pendant des périodes plus ou moins longues, plusieurs mois, un an, parfois plusieurs années, sans aucun traitement ni régime, périodes pendant lesquelles le malade se croit guéri. C'est là un point capital, qui domine le diagnostic et le traitement de l'ulcère, généralement méconnu par les auteurs et sur lequel nous ne saurions trop insister.

Les autres signes de la triade classique — douleurs, vomissements, hématemèses — ont très peu de valeur pathognomonique.

Le *vomissement* peut se voir dans des troubles gastriques secondaires, par exemple d'origine vésiculaire ou appendiculaire.

Sur 83 *hématémèses*, observées à la consultation de gastro-entérologie de la Salpêtrière, il n'y en avait que 16 ulcéreuses.

En ce qui concerne le *chimisme gastrique*, l'accord se fait, de plus en plus, sur le manque de valeur diagnostique de l'hyperchlorhydrie.

**

B. *Critères radiologiques*. — Seules de bonnes radiographies en série permettent le plus souvent d'affirmer avec certitude un ulcère; aidées par la radioscopie, elles permettent de distinguer sur l'estomac des niches véritables et de fausses niches dues à une onde, à un spasme; seules elles permettent de ne pas confondre le bulbe ulcéreux et le bulbe déformé par spasme ou périoduodénite. Seules, enfin, elles peuvent contrôler les effets d'un traitement.

**

II. — CRITERES D'ORDRE THERAPEUTIQUE

A. *Critères cliniques*. — Le premier signe est la *disparition des douleurs*. Tel traitement a été appliqué; le malade a cessé de souffrir, donc le traitement a agi. Mais on ne nous dit pas après combien de temps le malade a cessé de souffrir, et quelle a été la durée de ses poussées antérieures.

Voici un exemple:

M. O... (Obs. N° 45) a été mis au traitement protéinique au début de mai 1934. Quinze jours plus tard il ne souffre plus et va tout à fait bien. Avons-nous le droit de parler d'une action de ce traitement? Non. Car ce malade souffrait déjà depuis quinze jours avant le début du traitement, ce qui fait une poussée

d'un mois. Or l'histoire clinique de ce malade nous renseigne que depuis dix ans il souffre par périodes de quinze jours à un mois. Le traitement n'a donc rien fait et la « guérison » est arrivée parce que la poussée s'est terminée. Le même malade, quatre mois après le traitement, se portait toujours bien. Mais il en a été de même antérieurement — et sans aucun traitement — où il avait des périodes de calme absolu de 4, 8 ou 12 mois. D'ailleurs, au bout de ces quatre mois il a fait une nouvelle poussée et a subi une gastrectomie.

*
**

La longueur des périodes de calme qui succèdent à la poussée, n'est pas un critérium de valeur, si on ne connaît pas la durée des périodes antérieures. Il suffit de regarder les graphiques de nos observations pour éviter certaines illusions thérapeutiques.

*
**

Il est aussi un fait très fréquent: tout ulcéreux qui *a saigné* cesse en général de souffrir pendant un laps de temps très supérieur à ses intervalles habituels. C'est une particularité qu'il faut connaître quand on commence à traiter un ulcéreux après une hémorragie. L'observation N° 32 nous montre l'arrêt immédiat des douleurs après une hémorragie. Là non plus nous n'avons pas le droit de dire que les douleurs ont cessé grâce à notre traitement puisqu'il a été commencé après son hémorragie (voir graphique).

*
**

Quant on veut juger de l'effet thérapeutique d'une nouvelle méthode, il faut également éviter la *multiplicité des traitements* et ne pas administrer, par exemple, en même temps de l'atropine, belladone, bismuth, etc...

,

*
**

Il faut distinguer également l'action *analgésiante* possible et non spécifique du choc quand on veut

apprécier l'effet d'injections d'extraits d'organes, et ne pas prendre un traitement symptomatique de la douleur pour un traitement spécifique de la maladie.

*
**

B. *Critères radiologiques.* — C'est avec les radiographies en série qu'il faut suivre une lésion, avant et après le traitement. La disparition d'une niche à la suite d'un traitement constitue-t-elle la preuve d'une action spécifique?

Nous ne le croyons pas.

Depuis longtemps, notre Maître, le D^r R. A. Gutmann, a signalé l'*effacement spontané des signes radiographiques*, même directs, dans l'intervalle des poussées. Sans vouloir généraliser, on voit très souvent des niches, même volumineuses, disparaître après que la poussée douloureuse est terminée.

M. L..., peintre en bâtiment, âgé de 42 ans, vient nous consulter en avril 1934 parce que, pour la première fois il souffre de son estomac depuis un mois. Douleurs tardives, à type des crampes, et même la nuit, vers 2 h. du matin. Vomissements vers 5 h. de l'après-midi, calmant les douleurs.

Radios: Ulcère de la petite courbure (niche de Hau-deck).

Le malade est mis à la belladone et au collargol.

En juillet 34, nouvelles radiographies: la niche a complètement disparue.

26-1-35.

Le malade recommence à souffrir.

Mis à la *Protéinothérapie*, il cesse de souffrir après trois ou quatre injections.

9-4-35.

Le malade va toujours bien.

Chez ce malade nous avons commencé la protéinothérapie *après la disparition spontanée* de la niche. Or si des radiographies n'étaient pas faites en juillet 1934, à un moment où le malade allait bien après un traitement banal, on aurait pu mettre sur le compte de notre méthode cette « guérison » et enrichir notre statistique avec preuves à l'appui.

*
**

Voici l'explication de l'apparition et disparition de ces niches :

L'ulcère s'accompagne, et surtout au moment des poussées, de toute une série de phénomènes congestifs, inflammatoires, œdémateux. La muqueuse boursofflée augmente l'épaisseur de la paroi et, par conséquent, la profondeur apparente de la perte de substance; un spasme circulaire entoure parfois l'ulcère et sa périphérie enflammée, semble les « exclure », les « enfouir » au fond d'un véritable « puits spasmodique ».

Lorsque la poussée se termine, les phénomènes accessoires disparaissent et il ne reste plus que l'ulcère proprement dit. Que devient-il?

Tantôt il s'agit d'un ulcère calleux. La fin de la poussée ne se traduit pas ici par un grand changement. Cliniquement, le malade continue à souffrir, parce que ses nerfs périgastriques, les organes voisins, le péritoine, sont touchés par l'ulcère ou par l'inflammation péri-ulcéreuse; c'est la phase où les douleurs n'ont plus de périodicité. Radiologiquement, rien ne change, parce que la cavité est ici vraiment creusée dans un tissu très épaissi, peu malléable sur lequel les phénomènes congestifs, œdémateux, spasmodiques, ont peu de prise ou d'où ils disparaissent très lentement.

Tantôt il s'agit d'un ulcère moins invétéré. La poussée terminée, les douleurs cessent. Localement, les lésions accessoires disparaissent, l'ulcération seule persiste. Radiologiquement, la niche diminue de volume et, si l'ulcération est peu profonde, elle peut même être mise à plat par la disparition de son circonvallonnement de spasme ou d'œdème et elle donnera sur les clichés l'impression d'une guérison complète.

Enfin, parfois, l'ulcération se ferme vraiment, soit avec l'aide de traitements, soit spontanément. En effet, la cicatrisation d'un ulcère est un fait indéniable; on l'a constaté aux opérations, à la gastroscopie. On l'a trouvée aussi à l'autopsie de malades chez qui ni dia-

gnostic ni traitement d'ulcère n'avaient jamais été faits.

Mais si, comme le croit le D^r Gutmann, cette cicatrisation de l'ulcère peut faire partie de son cycle évolutif normal, de telles constatations n'ont rien d'étonnant. L'épisode, non la maladie, avait pris fin au moment de la découverte.

*
**

Tous ces ulcéreux considérés comme « guéris » sont exposés à ce qu'on appelle des « rechutes », qui sont en réalité les phases normales de la maladie. Les « rechutes » peuvent réserver parfois de cruelles surprises. Elles peuvent se traduire par des hémorragies, des perforations, et même lorsque la « guérison » paraît complète, clinique et radiologique.

*
**

Des difficultés peuvent venir du *siège de l'ulcère*. Les plus difficiles sont les ulcères du *bulbe duodénal*. Si l'on y ajoute la large périodicité spontanée, qui se compte parfois par années, on conçoit que l'appréciation du résultat d'un traitement sur un ulcère duodénal est le plus souvent vaine, à moins que l'observation soit extrêmement prolongée.

L'ulcère de la *petite courbure gastrique* est le plus favorable et le plus démonstratif. Mais, même là, il faut être prudent. Si la niche persiste, on peut dire que le traitement n'a pas fait disparaître l'ulcère. Si elle s'efface, il faut attendre, continuer le traitement, suivre le malade cliniquement et radiologiquement avant d'être autorisé à conclure.

*
**

La plupart des auteurs ne tiennent pas compte de ces critères de guérison. Ce qui explique l'optimisme exagéré et les résultats thérapeutiques excellents obtenus avec presque toutes les méthodes utilisées jusqu'à aujourd'hui. En réalité, s'il est très intéressant, momentanément, de voir disparaître des douleurs et

une niche, le point capital est de ne pas les voir revenir. Or la plupart des statistiques sont basées sur des ulcères traités depuis 2, 4 ou 7 mois, même immédiatement après, mais ne mentionnent jamais la durée des périodes d'accalmie antérieures au traitement. Au contraire, très souvent on nous parle des « rechutes » qui — nous l'avons déjà dit — ne sont que l'évolution normale de l'ulcère.

*
**

En somme, pour avoir le droit de parler de « guérison », il faut d'abord ne se servir que d'ulcères incontestables. Il faut ensuite admettre qu'un traitement pathogénique doit répondre à une double condition: *faire disparaître l'ulcère et l'empêcher de reparaître*. Il est donc indispensable de suivre les malades cliniquement et radiologiquement après le traitement, et de savoir attendre aussi longtemps qu'il soit nécessaire avant de conclure à une « guérison ».

TECHNIQUE — INCIDENTS

Nous faisons une série de dix injections intraveineuses, une tous les trois jours environ, et très souvent une tous les deux jours si elle est bien supportée. On mélange chaque dose avec 10 cm³ de sérum physiologique à 7 p. 1.000. Voici, à titre d'exemple, comment nous avons le plus souvent procédé :

1 ^{re} injection:	1/2 cm ³ .	(1)
2 ^e	—	1 cm ³ .
3 ^e	—	1 cm ³ .
4 ^e	—	1 cm ³ 1/2.
5 ^e	—	2 cm ³ .
6 ^e	—	2 cm ³ .
7 ^e	—	2 cm ³ 1/2.
8 ^e	—	2 cm ³ 1/2.
9 ^e	—	3 cm ³ .
10 ^e	—	3 cm ³ .

Une notion capitale à retenir: *il faut injecter très lentement.*

On peut donner de l'Adréraline avant l'injection. Nous n'en avons jamais eu besoin. Un seul de nos malades supportait très mal ces injections. Chaque fois il faisait de petites crises nitritoïdes.

En remplaçant les 10 cm³ de sérum physiologique par une quantité égale d'hyposulfite de soude à 20 %, il ne présenta plus aucun trouble et supporta parfaitement bien les injections suivantes. Nous avons injecté chez ce malade la dose de 3 cm³.

Sur une centaine environ de malades traités par cette méthode, nous n'avons noté aucun incident sérieux. Cinq malades seulement ont présenté quelques légers troubles: légère toux, sensation de chaleur dans la gorge, légère congestion de la face. En ralentissant le rythme de l'injection, tous ces troubles ont disparu pour ne plus reparaitre au cours des injections ultérieures.

Tous les malades traités étaient des malades de consultation, c'est-à-dire ambulatoires. Chez un tiers

environ nous avons noté — au cours du traitement — une légère fatigue, due, peut-être, à une hypotension provoquée par le choc protéinique.

*
**

En somme, la protéinothérapie est pour nous d'une inocuité absolue. Nous n'avons noté aucun accident. Quelques troubles légers, rapidement supprimés, soit en remplaçant le sérum physiologique par de l'hypo-sulfite de soude, soit — le plus souvent — en injectant beaucoup plus lentement.

L'administration de l'Adrénaline avant l'injection peut être indiquée, surtout pour remédier à la fatigue qu'accusa un certain nombre de nos malades.

Contre-indications: Tuberculose, Néphrite chronique (1).

(1) Peptone de caséine à 10 %. Se trouve dans le commerce en ampoules de 1 cm³.

LES RESULTATS DE LA PROTEINOTHERAPIE

Nous avons traité cinquante-sept malades. Si nous n'appliquons pas nos « critères de guérison » notre pourcentage s'élève à 83 p. 100 de succès. Mais la réalité est toute autre. Passée à notre propre critique, cette statistique s'abaisse à 45 p. 100 environ.

— Ving-huit échecs.

— Vingt-trois succès.

— Six cas où l'action est trop récent pour être jugée.

*
**

Nous allons maintenant étudier en détail les résultats obtenus et les constatations que nous avons été amenés à faire au cours de nos essais thérapeutiques.

Action de la Protéinothérapie sur la douleur.

Quand on commence à traiter un ulcéreux, le premier résultat à noter est la disparition plus ou moins rapide de ses douleurs. Mais avant de conclure à une action favorable il faut connaître la durée de la poussée douloureuse. Très souvent nous lisons « le malade, auprès quatre ou cinq injections de tel produit a cessé de souffrir. Actuellement il va bien, a repris du poids, etc., etc. ». Si ce malade avait, par exemple, des poussées longues d'un mois, et grâce au traitement, ses douleurs n'ont duré que dix ou quinze jours, on peut parler d'une certaine action. Mais si ses douleurs n'ont cessé qu'au bout d'un mois — après le début de la poussée — cette méthode thérapeutique n'a eu aucune action, et le malade ne souffre plus parce que sa poussée a normalement évolué.

*
**

Cette réserve faite, voyons maintenant qu'elle fut l'action de la protéinothérapie sur la douleur.

Il est indiscutable qu'elle supprime rapidement les

douleurs. Les poussées sont écourtées. Chez un grand nombre de malades nous avons noté la disparition des douleurs après la première ou deuxième injection. Certains qui souffraient habituellement pendant un, deux ou même trois mois, ont été soulagés au bout de quelques jours seulement.

Un malade qui souffrait tous les jours depuis dix-huit mois a été rapidement amélioré (Obs. 6).

Nous avons eu également l'occasion de faire — à titre analgésique — quelques injections chez des cancéreux inopérables. Trois de ces malheureux ont cessé de souffrir.

*
**

Mais sur nos cinquante-sept malades, dix n'ont été nullement améliorés. Dans ce cas, Pribram met en cause l'exactitude même du diagnostic. Opinion très erronée, car nos malades ont été opérés et leur ulcère fut vérifié. D'ailleurs, actuellement, il existe bien d'autres moyens pour faire un diagnostic certain d'ulcère que l'échec d'une méthode thérapeutique.

*
**

Nous avons cherché les causes de ces échecs. Parfois nous n'avons rien trouvé (Obs. 10, 44, 48, 53). Mais sur six cas les constatations opératoires peuvent fournir une explication.

- Ulcère juxta-pylorique sténosant et scléreux (Obs. 36).
- Sténose organique par ulcère du pylore (Obs. 39).
- Ulcère avec adhérences larges postérieures au pancréas (Obs. 42).
- Ulcère du bord supérieur du bulbe duodénal débordant sur la face postérieure avec rétraction inflammatoire du méso supérieur et inférieur (Obs. 45).
- Adhérences multiples qui unissent l'estomac à la paroi et surtout le duodénum et le pylore au foie (Obs. 50).

— Péri-stomite et induration (ulcère peptique) sur le bord antérieur de la bouche (Obs. 52).

En somme, la protéinothérapie agit très favorablement sur l'élément douleur.

*
**

ACTION SUR LE CHIMISME

Nous n'avons pas recherché systématiquement les modifications du chimisme au cours de la Protéinothérapie, car nous croyons qu'il n'a rien de constant chez les ulcéreux.

*
**

ACTION DE LA PROTEINOTHERAPIE DANS LES STENOSES

D'ORIGINE INFLAMMATOIRE

On sait qu'en dehors des sténoses organiques, il existe des sténoses du pylore purement inflammatoires. Ces sténoses transitoires sont dues à une poussée inflammatoire qui provoque à la fois une gêne d'évacuation et une perte de tonicité des parois gastriques. Cliniquement, elles sont caractérisées par des vomissements, de la température et une hyperleucocytose. Radiologiquement on a une sténose avec distension, aspect flou des contours de l'estomac, qui contraste avec le contour net qu'on observe sur les sténoses organiques ou spasmodiques.

Ce type de sténose n'exige pas une intervention immédiate. Elle cède rapidement sous l'influence de la protéinothérapie. En voici un exemple.

« Monsieur C. Alfred, âgé de 60 ans, souffre de l'estomac depuis deux ans, par périodes de huit à quinze jours, caractérisées par des douleurs tardives, sans vomissements, et séparées par des intervalles de santé parfaite de plusieurs semaines ou de mois.

« Il y a huit jours, a recommencé une période douloureuse, mais deux faits nouveaux la marquent:

d'abord les douleurs sont continuelles, sans caractère tardif bien marqué; d'autre part, le malade vomit, vomissements abondants, composés tantôt d'aliments, tantôt de liquide de sécrétion. »

Les radiographies montrent un estomac de sténose avec distension verticale et transversale marquée, à faibles contractions; la région pylorique est invisible.

Les contours de l'organe sont indiqués par des lignes, non pas nettes, mais floues, indiquant le gonflement de la muqueuse.

On considère que cet aspect contraste complètement avec la brièveté de la poussée sténosante actuelle, avec le caractère nettement non sténosant des poussées précédentes, avec l'allure franche des longues rémissions; on pense donc qu'il s'agit d'un brusque épisode de sténose accompagnant une poussée et en rapport avec des phénomènes inflammatoires. On fait, dans ces conditions, un *traitement protéinothérapique*.

Dès la première injection, le malade cesse de souffrir et de vomir; on continue et il reçoit dix injections. Le malade est alors radiographié de nouveau.

L'estomac a tout à fait changé de forme; il a un aspect normal, sans aucune distension, il est même plutôt étroit, hypertonique, hyperkinétique, et l'on voit très nettement un ulcère du pylore; le passage pylorique est normal.

Le D^r Gutmann conseille, à froid maintenant, une intervention qui, pratiquée par le professeur Gosset, confirme le diagnostic d'ulcère du pylore. Gastro-entérostomie.

Les observations N^{os} 14 et 29 sont également deux exemples typiques.

En dehors de ces sténoses inflammatoires du pylore, il existe très souvent des sténoses transitoires de la bouche de gastro-entérostomie, dues à un blocage par gastrite ou jejunité associée. Là également la

protéinothérapie agit d'une façon remarquable. Le malade qui vomit et dont l'état peut paraître grave, nécessitant une réintervention, sous l'influence de ce traitement, est rapidement amélioré, et la question de l'opération ne se pose plus. (Obs. N° 49, 54 et 56).

*
**

Action sur les gastrites

Nous avons vu plus haut l'action de la protéinothérapie sur les sténoses inflammatoires du pylore et celles des bouches de G. E. Ces dernières sont dues le plus souvent à une gastro-jejunité. Toutes ces gastrites que nous avons eu à traiter ont été rapidement améliorées, et cet état heureux persiste depuis plusieurs mois.

D'ailleurs les clichés pris après le traitement montrent une muqueuse normale, les images inflammatoires étendues et parfois presque lacunaires ayant disparues.

*
**

Voici maintenant l'observation d'un malade atteint de gastrite éthylique, traité par la protéine.

« M. S..., Georges, âgé de 55 ans, mécanicien, se plaint de son estomac depuis 8 à 9 ans. Douleurs à type de brûlures ou de crampes, trois heures environ après les repas pendant quinze jours à deux ou trois mois, trois ou quatre fois par an. Au moment des crises quelques rares vomissements, calmant les douleurs. Mais *dans l'intervalle des poussées, le malade continue à souffrir de l'estomac tous les jours, bien moins vivement* et moins longtemps. »

Antécédents: éthylisme certain (plusieurs apéritifs par jour depuis des années).

Radios: pas d'image d'ulcus.

Au début il a été mis aux pansements gastriques et au collargol qui l'ont un peu amélioré. Mais comme il recommence à souffrir, on le radiographie: toujours pas d'image d'ulcus.

Gastroscope: grosse hypertrophie des plis de la muqueuse qui est très rouge.

Chimisme gastrique: hyperchlorhydrie.

On commence la *protéinothérapie*.

A partir de la sixième injection, amélioration nette.

Nous revoyons ce malade cinq mois après. Il va toujours bien.

Malheureusement nous n'avons pas pu vérifier l'état de sa muqueuse gastrique après le traitement, le malade ayant refusé une nouvelle gastroscopie.

*
**

La protéinothérapie, élément de diagnostic différentiel entre ulcère et cancer ulcériforme

Dans certains cas le diagnostic entre ulcère et cancer devient extrêmement difficile. En dehors de l'histoire clinique, la radiographie montre le signe capital de l'ulcère: la *niche*, dont les caractères sont les suivants:

- c'est une niche ronde, régulière;
- autour d'elle, l'estomac est régulier, la petite courbure n'est pas grignotée;
- les plis gastriques, quand on les voit, peuvent être attirés, ils ne sont pas coupés.

Les caractères de la niche du cancer ulcériforme sont les suivants:

- c'est une grosse niche;
- elle n'est jamais pédiculée, mais au contraire sessile.
- son contour est irrégulier, sa surface elle-même est pommelée;
- tout autour d'elle il n'y a pas de signes indirects d'ulcère, l'estomac n'est pas hyperkinétique, il n'y a pas de biloculation spasmodique;
- la petite courbure est moins rétractée;
- l'étude des plis peut montrer leur interruption et quelquefois même déjà de petites aspects lacunaires.

Mais très souvent il est difficile de préciser ces signes différentiels ; des phénomènes inflammatoires prédominant, entourent la niche ulcéreuse et peuvent lui donner un aspect irrégulier. Cliniquement, un vieil ulcère calleux perd ses caractères, radiologiquement la niche ne disparaît plus, et peut faire penser à une transformation maligne.

Or la protéinothérapie, dans certains cas, se montre d'un secours utile.

En effet la protéine agit principalement sur les phénomènes inflammatoires. A la suite d'un petit nombre d'injections seulement, la niche, débarrassée de l'œdème inflammatoire qui l'entoure, apparaît toute seule « nue ». Les plis se dessinent bien. De plus, comme il s'agit le plus souvent d'un ulcère calleux, elle diminue de volume, ce qui constitue déjà un signe rassurant, et permet de continuer le traitement médical.

Nous avons noté qu'à partir de la quatrième injection — une dizaine de jours environ — cette diminution est appréciable sur les clichés et peut nous renseigner sur la nature suspecte ou non de la niche. Au contraire, s'il s'agit d'une niche cancéreuse, il n'y a aucune diminution de volume, et elle reste irrégulière. (Obs. 7, 32, 33, 34, 35.)

*
**

Voici, d'autre part, une observation (résumée ici) que rapporta tout dernièrement le D^r Gutmann, à la Société Médicale des Hôpitaux, observation qui illustre d'une façon remarquable ce que nous venons d'exposer plus haut :

Il s'agit d'un jeune agent de police, âgé de 25 ans. Il consulte vers la fin du mois de mars 1935, parce que, pour la première fois, depuis une quinzaine de jours, il souffrait de l'estomac. Douleurs non intenses, plutôt pesanteurs pénibles ; elles survenaient trois heures après les repas et, le soir, étaient parfois suivies d'un vomissement qui les calmait. Appétit non diminué.

Radioscopie : Rien d'anormal.

Clichés en série: Petite niche d'aspect ulcéreux typique de la petite courbure.

Traitement banal: bismuth, collargol, léger régime; il fut amélioré après une quinzaine de jours et on n'entendit plus parler du malade jusqu'en octobre.

A ce moment, celui-ci souffre de nouveau et revient consulter. Nouvelles radios: niche de la petite courbure environ doublée de volume par rapport au premier examen (mars).

Chimisme: Hyperchlorhydrie.

Mis à la *protéinothérapie*, il cesse de souffrir après la troisième injection.

A partir de ce moment, il cessa de souffrir et de vomir. Son appétit redevient normal; il se mit à engraisser progressivement.

Le 18 novembre, — le malade ne souffrant plus, — on fait de nouvelles radiographies: la niche *persiste* et s'est plutôt étalée.

On conseille l'opération, que le malade refuse.

Nouvelle série de protéine. Nouvelles radiographies, qui maintenant montrent de tout petits débuts de défaut de remplissage à l'extrémité distale de la niche.

Le malade, *n'ayant plus souffert depuis la première série de protéine*, ne se décide pas à l'opération.

En mars 1936, les radios montrent toujours une niche *persistante*, malgré la *protéinothérapie* et l'absence des douleurs.

Cette fois, le malade se décide à entrer à l'hôpital et le D^r Charrier pratique une gastrectomie, le D^r Gutmann ayant posé le diagnostic de « cancer ulcéroforme ».

A l'examen de la pièce opératoire, on trouve, siégeant au niveau de la petite courbure, à 3 cm. du pylore, une lésion d'apparence ulcéreuse. Aucune trace d'induration au palper.

Examen histologique (D^r Ivan Bertrand): *au faible grossissement*, les constatations sont négatives. Il n'existe aucun aspect rappelant, même de loin, la structure d'un ulcère gastrique.

Au fort grossissement: lésions présentant un caractère indéniable de malignité.

En résumé, il s'agit, au point de vue anatomo-pathologique, d'un cancer de l'estomac à son extrême début, entraînant une dépression pseudo-ulcéreuse de la paroi.

En somme, en se basant *uniquement sur la persistance* et l'augmentation de signes radiologiques, eux-mêmes plus ulcéreux que cancéreux, malgré la pro-

théinothérapie, l'absence des douleurs, l'hyperchlorhydrie, on a pu faire un diagnostic de cancer, que l'examen histologique a confirmé.

Protéinothérapie et vaccination pré-opératoire

Sur les cinquante-sept malades traités, les dix-sept furent opérés. Les suites opératoires immédiates ont été excellentes. Grâce à un jour de consultation uniquement réservé aux anciens opérés, nous sommes en mesure de suivre régulièrement tous ces malades. Nous y voyons de nombreux patients opérés dans différents hôpitaux ou cliniques de Paris et de province qui présentent des complications post-opératoires — gastro-jejunites, sténoses de la bouche, ulcères peptiques, etc...

Or nos dix-sept malades qui avaient reçus un traitement protéinique pré-opératoire, n'ont présenté aucune complication. Nous les suivons depuis très longtemps, cliniquement et radiologiquement. Leur état gastrique et général est parfait.

Cette constatation nous paraît d'un très haut intérêt et nous permet de conseiller la généralisation de la protéinothérapie comme vaccination pré-opératoire.

OBSERVATIONS

Dans toutes nos courbes, chaque espace — sauf indication spéciale — compris entre les deux traits correspond à un mois. Les élévations représentent les poussées ulcéreuses et leur longueur. Les flèches indiquent le début de la série d'injections.

U. P. C.: Ulcère de la petite courbure.

U. D.: Ulcère duodénal.

U. Pyl.: Ulcère du canal pylorique.

G. E.: Gastro-entérostomie.

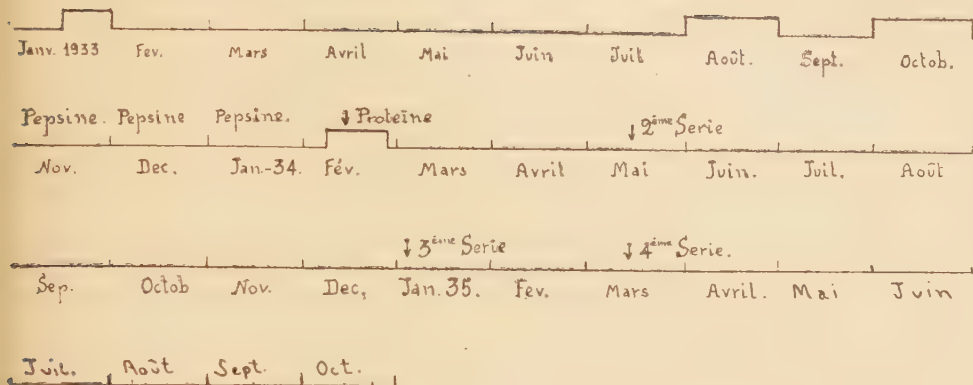
H.: Homme.

F.: Femme.

Obs. N° 1.



U.P.C. H 40 ans



Ulcus de la Petite Courbure.

OBSERVATION N° I

6-10-33.

M. V... Charles, manoeuvre spécialisé, âgé de 40 ans, présentait depuis deux ans, de temps en temps, tous les mois environ, des crises douloureuses au niveau de l'épigastre survenant tardivement après les repas vers 4 ou 5 heures de l'après-midi. Ces crises duraient trois, quatre jours, puis cessaient, et le malade retrouvait son parfait état de santé.

En janvier 1933 a eu une période douloureuse pendant quinze jours consécutifs. En août, nouvelle période douloureuse d'un mois, caractérisée surtout par des douleurs nocturnes, vers minuit. Vers la fin du mois d'août, ces douleurs ont cessé brusquement et le malade va parfaitement bien depuis.

A l'examen, rien de spécial.

Diagnostic clinique: probabilité d'ulcus avec histoire peut-être un peu atypique.

Diagnostic radiologique: petite niche de la petite courbure, légère rétraction du pylore à gauche.

Le malade a été radiographié il y a quatre jours, ne souffrant plus depuis trois semaines. Souffrant déjà depuis un mois environ, a fait plâtrage et régime et a continué à souffrir pendant une quinzaine.

6-11-33.

A été mis à la Pepsine et au bismuth. A cessé de souffrir par le bismuth avant la Pepsine. A fait deux séries de pepsine. Sur des nouveaux clichés on ne voit plus la niche. On supprime le bismuth et le malade fera une série de pepsine par mois.

12-2-34.

A eu trois séries de pepsine, La dernière fin décembre. Il y a huit jours, *nouvelle poussée douloureuse*.

17-2-34.

On commence aujourd'hui une série de protéine. Vers la troisième injection (2 cm³), le malade est pris brusquement d'une toux sèche, quinteuse, une congestion de la face, bouffées de chaleur et dyspnée. En faisant étendre le malade, tous ces phénomènes disparaissent très vite. A la quatrième injection, poussée très lentement, aucun incident à noter.

Le malade reçoit sa dixième injection le 23-3-34 (2 cm³).

Il va bien. Amélioration à partir de la quatrième injection.

Deuxième série de dix injections, du 15-5-34 au 25-6-34. Rien à noter, le malade va toujours très bien.

15-10-34.

On revoit le malade qui va toujours bien

30-11-34.

Le malade va toujours bien.

Sur les derniers clichés il persiste encore une très petite niche avec rétraction de la petite courbure.

A noter que c'est la première fois que le malade a une si longue période d'accalmie de neuf mois.

8-1-35.

On fait une troisième série. Le malade va toujours bien.

5-3-35.

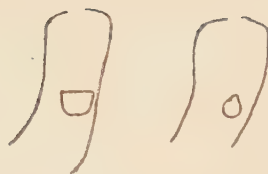
Le malade vient nous voir. Il va toujours très bien.

24-9-35.

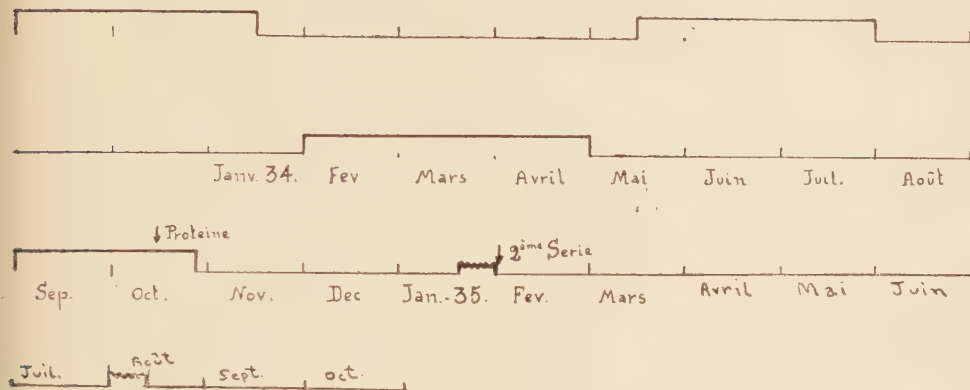
Le malade va toujours bien, dix-neuf mois après son traitement. Ses périodes d'accalmie ne dépassaient jamais les six mois.

En somme: Succès.

Obs. N° 2.



Depuis 3 ans U face post. de l'Estomac H 39 ans



Ulcère calleux de la face post de l'estomac.

OBSERVATION N° 2

26-10-34

M. F... Léopold, compositeur, âgé de 39 ans, souffre de l'estomac depuis 1930.

Il s'agit de douleurs siégeant à l'épigastre deux heures après le repas. Il souffre tous les jours pendant deux mois à deux mois et demi. Puis intervalles de santé parfaite de trois à quatre mois. A maigri. Hématémèse abondante en avril 1934. Le 16 octobre 34, nouvelle petite hématémèse.

Antécédents: Syphilis en 1926, traitée depuis régulièrement. Actuellement B.W. et Hecht négatifs.

Ethylisme: 5 ou 6 apéritifs, 1 litre de vin, digestifs.

Radios: Gros ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac.

26-10-34.

On met le malade à la *Protéinothérapie*.

Sa poussée actuelle dure depuis un mois et demi. Traitement un peu accéléré, très bien supporté.

Amélioration nette à partir de la 6^e ou 7^e injection, c'est-à-dire dix jours après le début.

16-11-34.

Le malade a reçu sa 10^e injection (3 cm³) et actuellement va très bien.

24-11-34.

Radios: Grosse amélioration radiologique.

6-9-35.

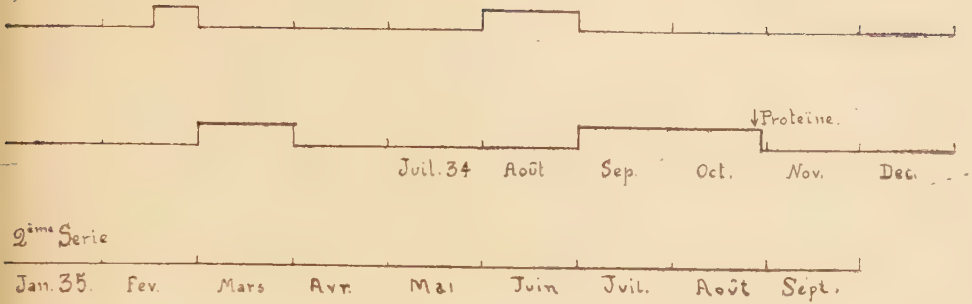
Après la première série, il va bien pendant trois mois. Puis recommence à souffrir, mais douleurs beaucoup moins marquées, deux heures après les repas. On fait une deuxième série, en février-mars 35. Va bien jusqu'au mois d'août. A ce moment, très petites douleurs pendant deux semaines, améliorées par le collargol. Va bien actuellement.

Il faut noter qu'il s'agit d'un éthylique, qui n'a jamais cessé de boire. D'autre part, ses dernières douleurs sont des brûlures et non pas des crampes.

En somme: Diminution nette du volume de la niche. Amélioration clinique.

Obs. N° 3

Depuis 4 ans UD H 55 ans



Ulcus duodénal de face.

OBSERVATION N° 3

20-10-34.

M. M... Marius, employé de commerce, âgé de 55 ans, souffre de son estomac depuis quatre ans. Il accuse des douleurs épigastriques, deux ou trois heures après les repas, calmées par les poudres et les aliments. Périodes douloureuses de 15 jours à 3 semaines, avec intervalles de 3 ou 6 mois. Pas de vomissements.

Actuellement la période douloureuse dure depuis six semaines. Douleurs deux heures après les repas, moins bien calmées par les aliments. Maigrit pendant les crises, va très bien entre les crises.

Radios: Ulcus duodénal de face.

Mis à la protéinothérapie le 30-10-34.

Le malade qui souffre continuellement depuis deux mois, est nettement amélioré dès la deuxième injection.

8-2-35.

On fait une deuxième série en janvier 35. Il va toujours bien. A repris 3 kilos. Très bon appétit.

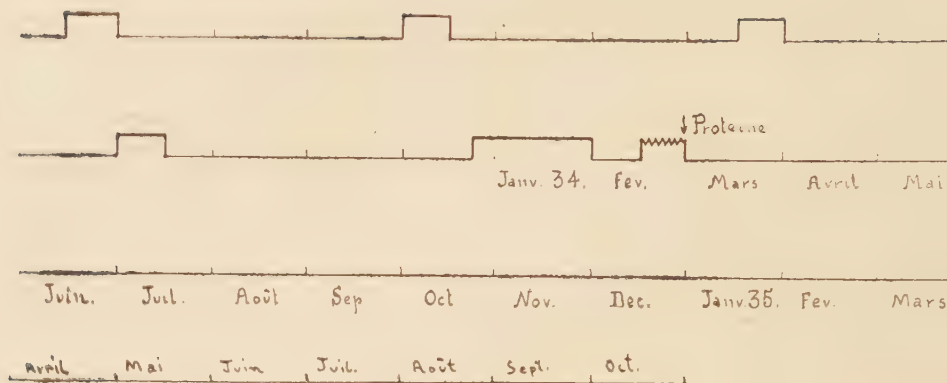
19-7-35.

Le malade a fait une troisième série en mai. Pour la première fois il va bien pendant huit mois.
Sept. 35.

Le malade va toujours bien.

Obs. N° 4.

Depuis plusieurs années UD. H 37 ans



Ulcus duodénal.

OBSERVATION N° 4

12-2-34.

M. D... Marcel, chauffeur, âgé de 37 ans, présente depuis des années des poussées de douleurs tardives de quinze jours avec intervalles de trois mois.

A été opéré d'une hernie épigastrique sans résultat.

Depuis deux mois poussées beaucoup plus longues avec vomissements.

En somme, histoire ulcéreuse typique.

A l'examen on trouve un point de Murphy, mais l'impression reste celle d'un ulcère.

Le malade a, en plus, des diarrhées faciles, s'il boit du lait, etc... A été au Maroc, pas de dysenterie, pas de syphilis.

En somme, colite avec cholécystite plus ulcus.

16-2-34.

Les clichés en série ressemblent beaucoup à ceux d'un ulcère duodénal, non en poussée.

D'autre part, la dernière poussée a commencé à Noël et s'est terminée en janvier. Le malade a été radiographié une quinzaine de jours après. A revoir au moment de la prochaine poussée.

23-2-34.

Le malade souffre de nouveau depuis deux jours, mais dans le ventre. Les douleurs actuelles ne ressemblent pas du tout à une poussée ulcéreuse.

2-3-34.

Les seconds clichés confirment encore plus l'ulcère duodénal. On commence la Protéinothérapie (1 cm³).

Le malade a reçu deux séries. Il n'a jamais souffert depuis.

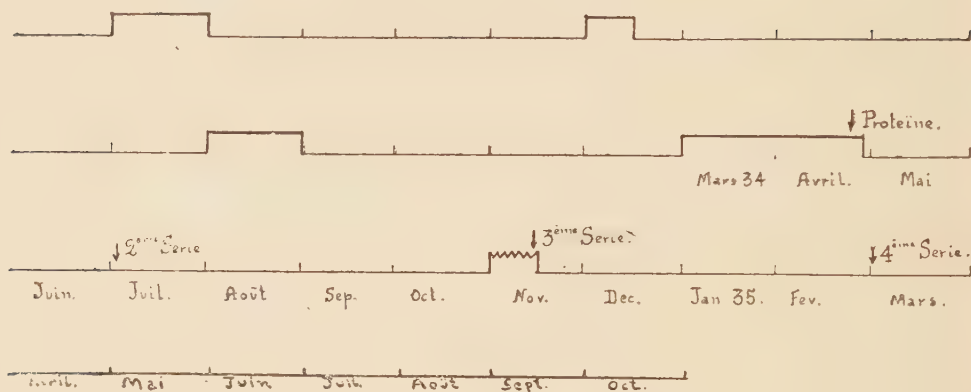
8-10-35.

Le malade va bien. Il se plaint actuellement des troubles colitiques.

En somme: Ce malade qui, depuis plusieurs années, présente des poussées douloureuses de quinze jours à un mois tous les trois mois, mis à la protéinothérapie, ne souffre plus depuis vingt mois.

Obs. N° 5.

Depuis 18 ans UPC. + UPyl. H 38 ans.



Double ulcus; du pylore et juxta-pylorique.

OBSERVATION N° 5

30-1-34.

M. B... Maurice, ouvrier d'Etat, âgé de 38 ans, a mal à l'estomac depuis le régiment. Son histoire clinique se compose de poussées durant 15 jours à un mois, avec arrêts. Douleurs tardives. Poussées deux ou trois fois par an.

Radios: double ulcus du pylore et juxta-pylorique.

30-4-34.

Le traitement protéinothérapique a été commencé, le malade souffrant depuis un mois et demi. Il a cessé de souffrir à la 3^e injection.

Actuellement ne souffre plus depuis un mois.

A noter que le malade est pris d'une toux sèche, quinteuse, avec légère congestion de la face, après chaque injection de protéine. Aucun autre incident à signaler.

30-10-34.

A eu une 2^e série au début de juillet. N'a plus eu de crise depuis six mois.

Depuis quinze jours a de *petites* douleurs vers 11 h. du matin et vers 5 h. Douleurs *nettement moins fortes* qu'auparavant.

On commence une troisième série.

15-1-35.

Dernières radios: les signes radiologiques d'ulcus sont très diminués. Le malade va bien.

A eu trois séries.

19-10-35.

Le malade va très bien.

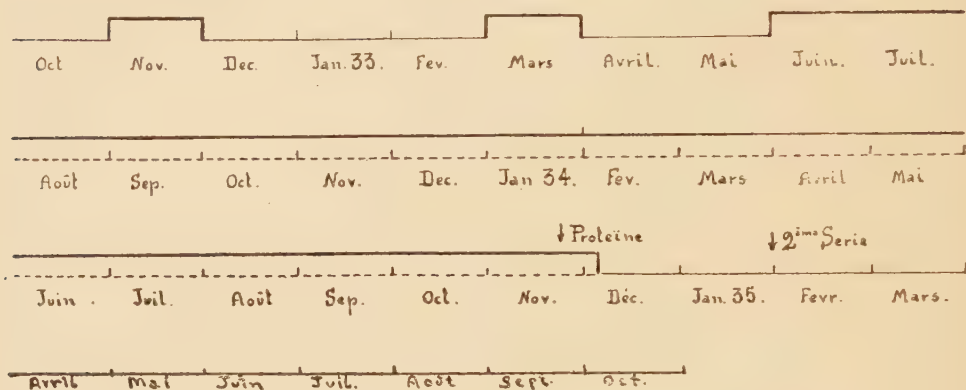
En somme, radiologiquement: les derniers clichés montrent une seule niche à peine visible.

Cliniquement: le malade qui souffrait pendant un ou deux mois, tous les quatre ou cinq mois, depuis son traitement, a présenté, six mois après, quelques petites douleurs pendant quinze jours. Actuellement ne souffre plus depuis onze mois.

Obs. N° 6.



Opéré en. Octobre 1932. U.P.C. persistant après G.E. H 48 ans.



Ulcère de la P. C. persistant deux ans après G. E.

OBSERVATION N° 6

24-11-34.

M. M... Paul, employé aux T.C.R.P., âgé de 48 ans, a été opéré en octobre 1932 pour ulcère de la petite courbure et ulcus duodénal. G. E. P. transversale.

Depuis les douleurs recommencent, 3 à 4 heures après les repas, pendant un mois. Nouvelle poussée trois mois après. Actuellement continue à avoir depuis un an et demi des douleurs violentes qui l'obligent à se coucher sur le côté gauche. La localisation des douleurs n'est pas spécialement à la bouche, mais en ceinture. Ne vomit pas. Amaigrissement.

Radios: Bonne évacuation par la bouche de G. E. Persistance de l'ulcus de la P. C.

Protéinothérapie: La première injection est très mal supportée. Le malade pâlit et perd connaissance pendant quelques secondes.

Les autres injections, très lentement poussées, sont bien supportées. A partir de la cinquième injection, le malade est très amélioré, actuellement ne ressent aucune douleur. A repris du poids au cours du traitement.

Le malade a reçu une deuxième série en février 1935. Il va toujours bien. Depuis le début du traitement a repris 8 kilos.

9-3-35.

Sur les nouveaux clichés on ne voit plus rien.

10-9-35.

Va toujours bien. Parfois des digestions difficiles, surtout après un repas copieux. Il est immédiatement soulagé par le décubitus gauche.

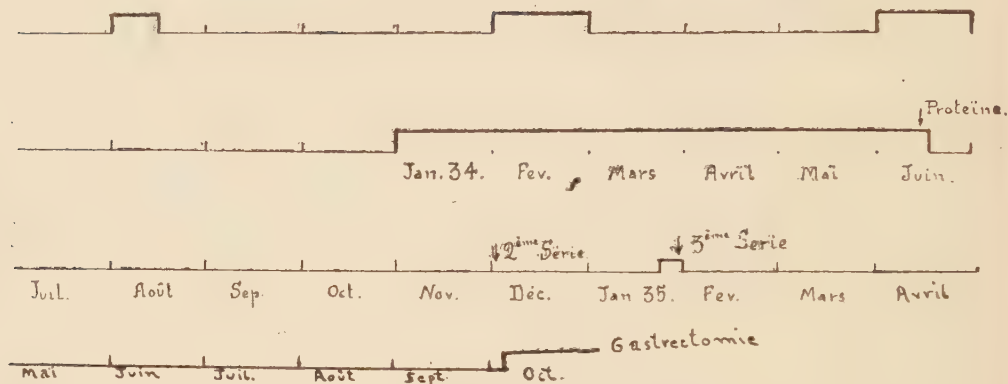
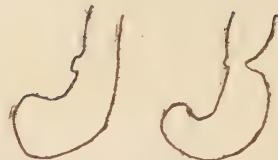
En somme, radiologiquement: disparition de la niche de la petite courbure, qui persistait deux ans après une gastro-entérostomie.

Cliniquement: douleurs continues, tous les jours depuis un an et demi. Amélioration nette après cinq injections de protéine. Actuellement ce malade ne souffre plus depuis onze mois.

Obs. N° 7.

Juin 34.

Depuis 40 ans. UPC. F 62 ans.



Ulcus de la P.C.

OBSERVATION N° 7

27-6-34.

Madame R... Augustine, âgée de 62 ans, se plaint de son estomac depuis 40 ans environ.

Douleurs à type de crampes, survenant 2 à 4 heures après les repas, calmées par les aliments.

Ces crises douloureuses évoluaient par poussées de quinze jours à un mois, séparées par des intervalles de santé parfaite de trois à quatre mois, jamais plus.

Pas de vomissements, quelques renvois acides.

Radios: Ulcère de la petite courbure haut placé.

Protéinothérapie en juin-juillet 34.

La malade souffre maintenant continuellement depuis le mois de janvier. Amélioration sensible à partir de la quatrième injection.

12-11-34.

Radios: Diminution sensible de la niche.

On fait une deuxième série en décembre 34. La malade va toujours bien. Le mois suivant on fait une troisième série.

En somme: cette malade souffre depuis 40 ans. Poussées douloureuses de quinze jours à un mois avec périodes d'accalmie de trois mois.

Grâce à la protéinothérapie on a allongé les périodes d'accalmie jusqu'à 7 mois — pour la première fois de sa vie — la durée des poussées a été écourtée, les douleurs sont beaucoup moins fortes qu'il y a un ou deux ans, mais presque les mêmes qu'il y a quelques années.

Néanmoins, malgré ce traitement, elle a présenté deux nouvelles crises de très courte durée — cinq ou six jours — crises beaucoup moins fortes que les précédentes et qui ont vite cédées au traitement.

Au point de vue radiologique la niche de la face postérieure de la P. C. a sensiblement diminuée.

En résumé: Résultats cliniques assez bons, sans pouvoir parler de succès, mais:

étant donné l'âge de la malade,

le siège de l'ulcère,

l'absence de tout signe néoplasique, on conseille à la malade de continuer la protéinothérapie.

13-9-35.

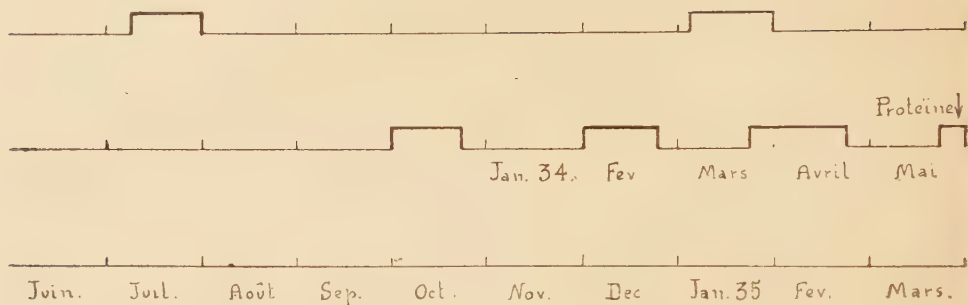
A fait une nouvelle série de protéine. Se plaint actuellement d'une douleur fixe dans l'hypocondre droit avec irradiation dans le dos. N'a plus des douleurs du type ulcéreux. Très bon appétit. A grossi de 2 kg.

Octobre 35.

La malade fait une nouvelle poussée. On conseille une gastrectomie.

Obs. N° 8.

Depuis 8 ans. U. Pyl. H. 47 ans.



Ulcus du pylore.

OBSERVATION N° 8

14-5-34.

M. F... Léon, employé, âgé de 47 ans, souffre de son estomac depuis huit ans. Il présente des douleurs siégeant au creux épigastrique et irradiant dans le dos et le ventre, calmées par l'absorption des aliments. Ces crises douloureuses évoluent par poussées de trois semaines environ, avec périodes d'accalmie parfaite de cinq à six mois.

L'année dernière, au cours d'une crise, a vomi une seule fois de l'eau, de la bile et du sang, rouge vif, un verre à Bordeaux environ.

Mais dernièrement les poussées douloureuses se rapprochent, et depuis décembre 33 le malade a sa quatrième crise.

Appétit médiocre. Pas d'amaigrissement.

Diagnostic. Ulcus du pylore.

Chimisme gastrique: achlorhydrie.

Protéinothérapie.

29-6-34.

Le malade a reçu dix injections (25-5-34 — 29-6-34 [3 cm³]). Amélioration nette dès la septième injection. Actuellement va très bien.

22-3-35.

Le malade va toujours bien. Pour la première fois reste dix mois sans souffrir. (A reçu une seule série). Il a grossi de 9 kilos.

Octobre 35.

Le malade n'a pas répondu à la convocation.

Obs. N° 9.

Depuis 10 ans. U.Pyl. sténosant H 56 ans



12^{ème} Série.

Fev. Mars. Avril. Mai. Juin. Juil. Août. Sept. Oct.

Ulcus pylorique sténosant et déformant.

OBSERVATION N° 9

9-10-34.

M. M... François, chauffeur, âgé de 56 ans, souffre depuis dix ans.

Périodes douloureuses de trois ou quatre jours ou de huit à dix jours.

Douleurs épigastriques, à type de crampes, survenant trois ou quatre heures après les repas. Intervalles de santé parfaite de 3, 4 à 6 mois.

Radios: Ulcus pylorique sténosant et déformant.

20-11-34.

Mis à la protéinothérapie.

La période douloureuse est terminée depuis dix jours. Le malade reçoit dix injections qu'il supporte parfaitement bien. Actuellement va bien. Appétit très bon. A repris 1 kg. 1/2.

Radios: Disparition de la niche.

Le malade a reçu une deuxième série en février 35. Va toujours bien.

27-4-35.

Le malade va toujours bien.

17-9-35.

En août le malade a eu quelques petites douleurs d'un quart d'heure, pendant un jour. Il y a trois jours, il a ressenti, vers dix heures du matin, des petites crampes ayant duré un jour.

Pratiquement, depuis le traitement protéinique, il y a onze mois, il va très bien. Pour la première fois reste onze mois sans souffrir. A noter qu'il n'a jamais suivi un régime. Au contraire, il mange de tout et boit: un litre de vin, deux apéritifs et autant de cafés arrosés par jour.

En somme, radiologiquement: disparition de la niche.

Cliniquement: ce malade qui présentait des poussées douloureuses tous les quatre ou six mois, ne souffre plus depuis onze mois.



Obs. N° 10.

Depuis 20 ans VD. H 36 ans.



Ulcus duodéal.

OBSERVATION N° 10

18-1-35.

M. M... André, chauffeur de taxi, âgé de 36 ans, souffre périodiquement de l'estomac depuis une vingtaine d'années.

Au début, périodes douloureuses de 8 à 15 jours qui survenaient tous les 6, 8 mois, parfois une fois par an. Douleurs deux ou trois heures après les repas et à minuit. Depuis quelques mois les périodes douloureuses ont tendance à se rapprocher et le malade a, de temps en temps des vomissements alimentaires.

Radios: Ulcère duodéal avec évacuation très rapide, sans aucun signe de sténose.

A la demande du malade on fait un traitement à la *protéine*, mais on pense que le malade devra se faire opérer.

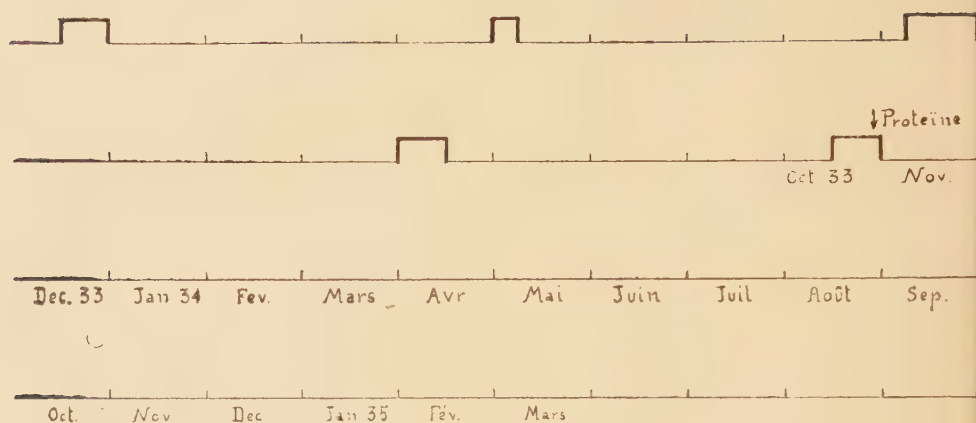
La dernière poussée a commencé au début du mois de janvier et se prolonge jusqu'au mois de février où on commence le traitement.

15-10-35.

Le malade allait bien jusqu'au mois d'août, où il a fait une nouvelle poussée de quinze jours environ.

En somme: Echec complet.

Depuis 6 ans UD H 49 ans

*Ulcère duodénal.*

OBSERVATION N° 11

19-9-33.

M. P... Paul, âgé de 49 ans, présente depuis six ans environ, tous les quatre mois, une période douloureuse d'une durée de huit jours à trois semaines. Douleurs à type de torsion trois ou quatre heures après les repas, avec vomissements qui terminent la crise. Calmées par les aliments. Entre ces poussées douloureuses il a en plus des brûlures. En somme, histoire d'ulcère typique et des petits signes de gastrite intermédiaire.

Radios: Ulcère du bulbe duodénal.

24-11-33.

Protéinothérapie. — Le malade a reçu une série de dix injections. Il va tout à fait bien. D'après l'histoire précédente, la prochaine crise doit avoir lieu au début de janvier.

26-1-34.

Depuis le traitement le malade conserve seulement quelques petits signes de gastrite, brûlures, mais très atténuées.

4-3-35.

D'une façon générale le malade va beaucoup mieux avec une seule série, depuis dix-sept mois.

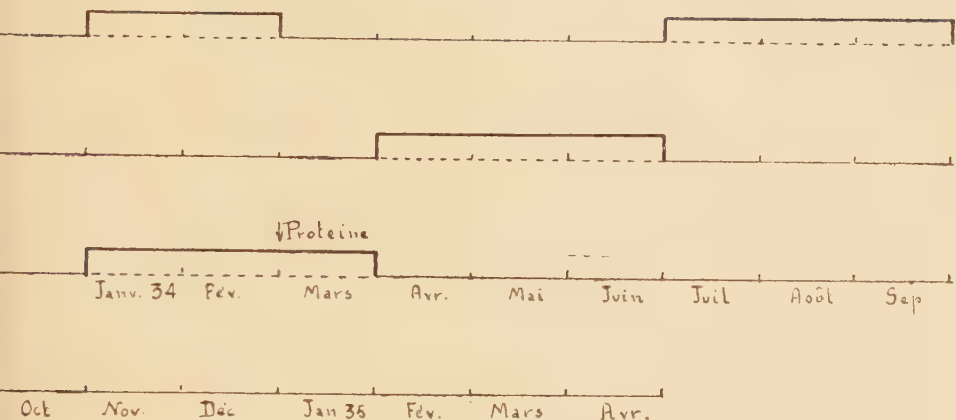
Ne suit plus aucun traitement et aucun régime. On conseille au malade de faire une deuxième série.

Octobre 35.

Le malade convoqué plusieurs fois n'est pas venu dans le service.

1932 U.D H 35 ans.

Obs N° 12



Ulcère duodénal.

OBSERVATION N° 12

27-5-32.

M. B... Jules, âgé de 35 ans, fraiseur sur métaux, séjour au Maroc en 1917: diarrhée fébrile, crampes d'estomac, pas de sang dans les selles.

Depuis, très souvent, crises de diarrhée. Indigestions, céphalée, vomissements alimentaires — 0° à 39. — Jamais d'ictère. Il y a six mois: indigestion avec douleurs, fatigue, puis pendant trois mois a eu mal à l'estomac l'après-midi, trois à quatre heures après les repas. Puis se porte bien jusqu'il y a quinze jours: douleurs à type de crampes, trois heures après les repas.

6-6-32.

Actuellement, vers quatre ou cinq heures de l'après-midi, pendant deux ou trois heures: douleurs gastriques en ceinture. Ces douleurs durent depuis un mois.

Radiographies: On croit à un ulcus duodénal, sans pouvoir l'affirmer.

30-11-33.

Pour le moment, aucun signe de Murphy bien net. Traitement hépatique.

29-1-34.

En reprenant l'histoire du malade on constate qu'il présente de temps en temps de petites crises hépatiques

avec indigestion. De plus, quatre crises d'une durée de deux ou trois mois dont la quatrième est en cours depuis quinze jours, des douleurs à type tardif. On va reradiographier le malade en période de poussée et, il est bien probable qu'on aura cette fois des images précises.

5-2-34.

Radiographies faites en pleine poussée: ulcère duodénal qui, d'ailleurs, existait certainement antérieurement.

16-4-34.

Le malade a été mis à la protéinothérapie le 5-2-34. Semble avoir fait une poussée douloureuse pendant quinze jours: douleurs tardives au cours du traitement. Actuellement va bien depuis un mois. (Fin de la série le 13-3-34.)

26-3-35.

Le malade va toujours bien. Il n'a jamais souffert depuis son unique série de protéine.

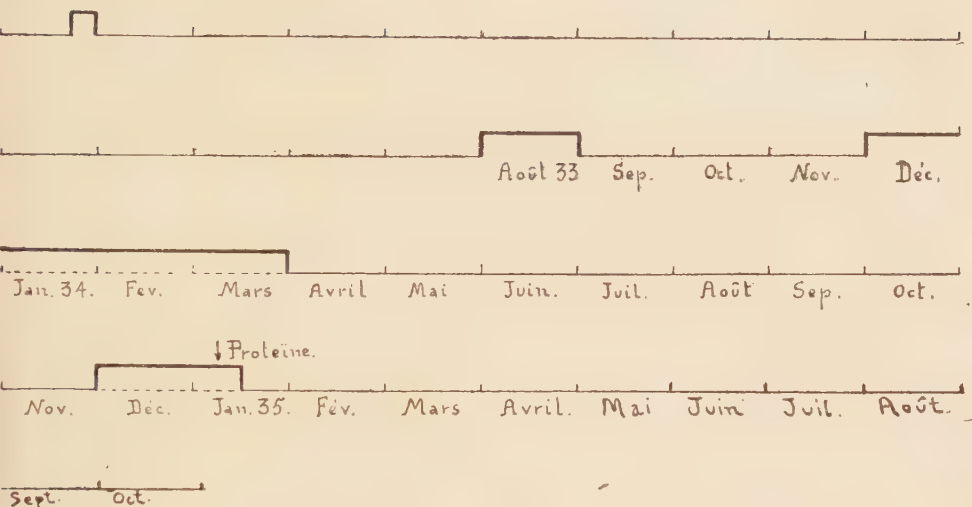
Octobre 35.

Le malade va bien.

En somme: Depuis la protéinothérapie, il y a dix-neuf mois, il n'a jamais souffert.

Obs. N° 13

Depuis 2 ans $\frac{1}{2}$. U.D. H 42 ans.



Ulcus duodéal + diverticule de D².

OBSERVATION N° 13

Janvier 35.

M. J... Maurice, âgé de 42 ans, ressent pour la première fois, il y a deux ans et demi, des douleurs violentes, à type de crampes, brûlures, tard après les repas, calmées par les aliments. Poussée courte ayant duré quatre jours seulement. Accalmie complète pendant quatorze mois. En août 33, nouvelle crise, beaucoup plus forte, avec vomissements amers, répétés. Il souffre tous les jours après les repas pendant un mois.

En décembre 33, nouvelle poussée, aussi violente, de très longue durée, quatre mois environ, avec deux vomissements.

En novembre 34, un vomissement sans douleurs.

En décembre 34, nouvelle crise qui persiste jusqu'à aujourd'hui.

Radios: Ulcus duodéal, plus diverticule du D².

Protéinothérapie en janvier 35. — Disparition des douleurs après la quatrième injection. Très bon appétit. Très bon état général.

6-9-35.

Le malade a reçu deux séries de Protéine. Depuis il n'a jamais présenté des poussées comme avant. Se plaint actuellement des phénomènes colitiques.

En somme: Chez ce malade nous ne pouvons pas conclure. Car s'il ne souffre plus, neuf mois après la protéinothérapie, il a déjà présenté une période d'accalmie de quatorze mois, sans aucun traitement. Il faut donc chez lui, attendre plusieurs mois encore pour avoir le droit de parler de « succès » thérapeutique.

OBSERVATION N° 14

12-7-35.

M. I... Simon, mécanicien, âgé de 42 ans, se plaint depuis plusieurs années de son estomac.

Douleurs à type de crampes, vers dix heures du matin et quatre heures de l'après-midi.

Calmées par les repas, poudres, etc., et même par un verre d'eau.

Ces douleurs évoluent par poussées de dix jours à un mois, séparées par des périodes de santé parfaite de six mois, un an, ou dix-huit mois.

Actuellement, après une période d'accalmie de six mois, souffre depuis le mois d'avril.

Douleurs un peu moins violentes, mais marquées surtout la nuit.

Dans le temps il ne vomissait pas. Mais au cours de cette poussée, il provoque les vomissements pour se soulager: vomissements alimentaires, très acides.

En somme: Histoire ulcéreuse typique, avec sténose probable.

Antécédents: Paludisme, dysenterie, mais se trouve en France depuis 1914. N'a jamais rien eu depuis.

Syphilis acquise il y a vingt ans, bien traitée. Toutes les réactions sont négatives.

Examen: Clapotage à jeun. Foie augmenté de volume, sensible.

20-7-35.

Radios: Sténose avec hypokinésie gastrique. Ulcère du bulbe duodénal. Sténose du D².

1-10-35.

Mis à la protéinothérapie: Le malade a fait dix injections. Le traitement a été commencé vers la fin de la poussée. Actuellement il va bien. Il a grossi de sept kgs.

Les nouveaux clichés montrent un estomac moins sténosé et qui a tendance à reprendre son aspect primitif.

En somme: Chez ce malade nous ne pouvons pas encore parler de guérison. Mais la protéinothérapie a nettement agi sur sa sténose d'origine inflammatoire.

OBSERVATION N° 15

26-6-34.

M. H... Henri, âgé de 64 ans, souffre de son estomac depuis 4 ans. Il souffre par périodes de 3 semaines environ, espacées de six mois. Il s'agit de douleurs quotidiennes, sourdes, de brûlures et renvois, survenant 4 à 5 heures après les repas.

Actuellement, les poussées douloureuses se rapprochent et les périodes d'accalmie se réduisent à un mois à peine.

Beaucoup moins soulagé par les alcalins et les pansements.

L'appétit est bon. Pas d'amaigrissement.

Radios: Ulcus duodénal typique.

Protéinothérapie: le malade ne fait que six injections en juillet 34.

Il recommence à souffrir au mois d'août. Reste au lit et au lait pendant un mois, mais au début d'octobre souffre de nouveau.

On fait une deuxième série en novembre 34.

Va tout à fait bien jusqu'au 15 décembre 34. Puis le malade fait une nouvelle poussée, mais les douleurs sont beaucoup moins fortes et l'appétit conservé.

On fait une nouvelle série en janvier-février 35. Le malade va très bien. Comme ses périodes de calme ne dépassent pas les deux mois, on va attendre jusqu'au 15 mars.

Avril 35.

Le malade n'a pas eu de nouvelle poussée. Va bien. Mai 35.

Le malade fait une nouvelle poussée.

En somme: au début poussées douloureuses tous les six mois. Puis une poussée tous les mois.

Grâce à la protéinothérapie, on a espacé les douleurs: une fois, accalmie de trois mois, et une autre fois, quatre mois.

Action temporaire, action nette sur les douleurs, mais nous n'avons pas pu supprimer les poussées douloureuses.

Ulcus du canal pylorique.

OBSERVATION N° 16

5-12-33.

Histoire atypique. La malade souffre depuis un an de l'estomac tous les 3 ou 4 jours. Brûlures suivies de vomissements alimentaires. Ensuite, crampes 2 heures après les repas, tous les jours avec vomissements. Ces poussées s'accompagnent de diarrhée.

26-1-34.

La malade continue à souffrir tous les jours 3 ou 4 heures après les repas et elle vomit.

Clichés: ulcère du canal pylorique.

17-4-34.

La malade a été bien pendant qu'elle prenait une potion composée de bismuth, sirop de belladone. La potion l'a constipée, elle l'a cessée. Elle a recommencé à souffrir et a vomi une fois.

Protéinothérapie: Une première série de dix injections.

La malade supporte mal les deux premières injections: légère congestion de la face, sensation de chaleur avec toux sèche, quinteuse.

Après sa série, la malade va mieux. Ne vomit plus.

Radios (23 mai 34): Il persiste un petit ulcère du canal pylorique.

Deuxième série (17-6-34 - 24-7-34). La malade va bien.
5-10-34.

La malade recommence à souffrir et à vomir.

Troisième série (5-10-34 - 20-11-34). Les douleurs et les vomissements disparaissent après la 7^e injection.

Actuellement, la malade va bien.

11-12-34.

Actuellement, la malade va bien. En octobre, après deux séries de protéine, a encore souffert quinze jours. On conseille à la malade de continuer son traitement.

En somme: histoire atypique sans périodicité nette. Action analgésiante et antivomitique nette. Six mois après la protéinothérapie, nouvelle poussée rapidement améliorée par le traitement.

25 novembre 35.

On revoit la malade qui va toujours bien.

Radios: la niche du canal pylorique a disparu.

Double Ulcère de la Petite Courbure.

OBSERVATION N° 17

14-10-33.

Madame D... Aline, vient consulter pour vomissements de sang et des douleurs gastriques.

Il y a 23 ans, à la suite d'une ingestion d'iodure de K, dit-elle, qu'elle prenait pour son asthme, brusquement elle a vomi une grosse quantité de sang. Traitée par de la glace et injection de sérum. Aucune douleur à cette époque.

Il y a 3 ans, la malade commence à souffrir de l'estomac, elle ne peut pas préciser l'horaire, mais elle a remarqué que l'ingestion d'aliments calmait les douleurs. A cette époque, elle a vomi du sang et remarqué que ses selles étaient noires.

Au mois de mai 33, nouvelle série de crises douloureuses, avec nouvelle hématomatose et méloena.

Clichés: Double ulcère de la petite courbure haut situé.

Protéinothérapie: disparition de la double niche après la 1^{re} série, mais il persiste un spasme de la grande courbure.

On fait une 2^e série en mars 34.

7-5-34.

La malade se plaint des douleurs dans la région épigastrique avec irradiation dans le dos.

On refait des clichés: aucune niche visible. Le spasme de la grande courbure persiste toujours.

On fait une 3^e série du 12-5-34 au 19-6-34.

La malade va bien.

Quatrième série du 5-10-34 au 6-11-34.

22-3-35.

La malade va toujours bien.

En somme, radiologiquement: disparition de la double niche de la petite courbure.

Cliniquement: depuis un an et demi, la malade ne souffre plus.

Double Ulcus de la P. C.

OBSERVATION N° 18

21-2-33.

M. H... Myr., représentant, âgé de 42 ans, se plaint depuis des années des brûlures d'estomac survenant 4 ou 5 heures après les repas, et de temps en temps des vomissements qui contiennent de la bile et des débris alimentaires. Amaigrissement de 7-8 kilos en 2 ou 3 mois. L'appétit est bon.

Radios: ulcus de la petite courbure.

12-1-35.

Le malade est mis à la *Protéinothérapie*.

Depuis un mois il souffrait tous les jours et vomissait une fois par semaine environ.

Dès la 2^e injection, il cesse de souffrir et de vomir. Son appétit est conservé, mais a maigri d'un kilog. Sur les nouvelles radios, faites 20 mois après les premières, on voit un deuxième ulcère de la P. C. On refait une deuxième série en février 35.

8-3-35.

Depuis le début de la 1^{re} série, le malade ne souffre plus. Il va tout à fait bien.

Mais à la radio, les signes d'ulcus persistent.

10-5-35.

Le malade a été bien pendant un mois après la fin de son traitement. Pendant le deuxième mois, il recommence à avoir des douleurs tardives irrégulières.

Quelques jours bien.

Quelques jours mal.

Ne vomit plus.

Radios: les ulcus sont toujours très visibles.

En somme: action nette sur l'élément douleur. Action antivomitive.

Grosse niche irrégulière de la P. C.

OBSERVATION N° 19

7-5-35.

M. M... Stéphane, garçon de bureau, âgé de 62 ans, souffre de l'estomac, depuis environ un mois. Auparavant ne se plaignait que d'avoir de temps en temps — 3 ou 4 fois par mois — de fausses envies d'aller à la selle. Ces troubles semblent avoir succédé à un épisode diarrhéique aigu survenu il y a quatre ans.

Actuellement a mal à l'estomac 1 h. 1/2 à 2 heures après les repas, tous les jours. A perdu l'appétit depuis un an, en particulier pour la viande. Il a maigri de 20 kilogs, depuis 4 ans, mais maigrit beaucoup plus depuis 3 ou 4 mois. Ne vomit jamais.

Examen: 0.

Radios: grosse niche irrégulière de la P. C. qui, radiologiquement, n'a pas de signes de malignité mais qui cliniquement, paraît suspecte.

Dans ces conditions, une gastrectomie paraît indiquée, mais on fait d'abord comme traitement d'épreuve une série de protéine.

Juin 35.

Le malade a reçu dix injections. Il ne souffre plus. Les nouveaux clichés ne montrent pas de modification de la niche. On hospitalise le malade.

Novembre 35.

Le malade qui est un P. G. n'a pas pu être opéré. On lui a fait de la malariathérapie. Il va beaucoup mieux. Ne se plaint plus de son estomac, mais comme il se trouve en plein état d'euphorie, il est difficile de juger.

Radios: la grosse niche a complètement disparue.

U. P. C.

OBSERVATION N° 20

19-5-33.

M. L... René, âgé de 35 ans, présentait depuis des années des périodes dont il dit que certaines étaient courtes, d'autres durant 2 à 3 semaines caractérisées par des douleurs à type tardif avec vomissements après les repas. Dans l'intervalle de ces périodes, il était tout à fait bien.

Depuis son retour de Beyrouth, a des selles « gélatineuses ». Pas de fausses envies d'aller à la selle.

En résumé:

1° Probabilité d'une histoire de dysenterie ancienne.

2° Malade présentant un ulcère de la P. C. juxta-pylorique avec rétraction de la P. C. chez un sujet ayant un duodénum mobile avec dilatation duodénale.

Le malade a été opéré en mars 33 uniquement avec un diagnostic de sténose gastro-duodénale et on lui a fait une duodéno-jéjunostomie.

On pense que s'il va bien actuellement, c'est parce qu'il est dans une période d'accalmie, mais l'ulcus continuera à évoluer puisque le drainage a été fait en aval.

6-7-34.

Le malade a refait une poussée douloureuse, il y a un mois avec des douleurs post-prandiales. Les clichés ne montrent pas d'ulcère mais une image de sténose absolue qui étant donnée l'absence de vomissements doit être surtout spasmodique.

Dans ces conditions, on essaie la *Protéinothérapie* et si le malade ne va pas mieux, on fera faire une gastro-entérostomie.

3-11-34.

Le malade a reçu 5 injections de protéine en juillet.

A souffert de nouveau en septembre. On refait de nouveau une série en octobre. Le malade qui souffrait depuis quinze jours est nettement amélioré dès la 3^e injection. Va bien actuellement.

6-5-35.

La dernière série s'est terminée en octobre 34. Depuis le malade va très bien. Aucune douleur.

13-9-35.

Depuis sa dernière série de Protéine, il y a un an, il n'a plus souffert.

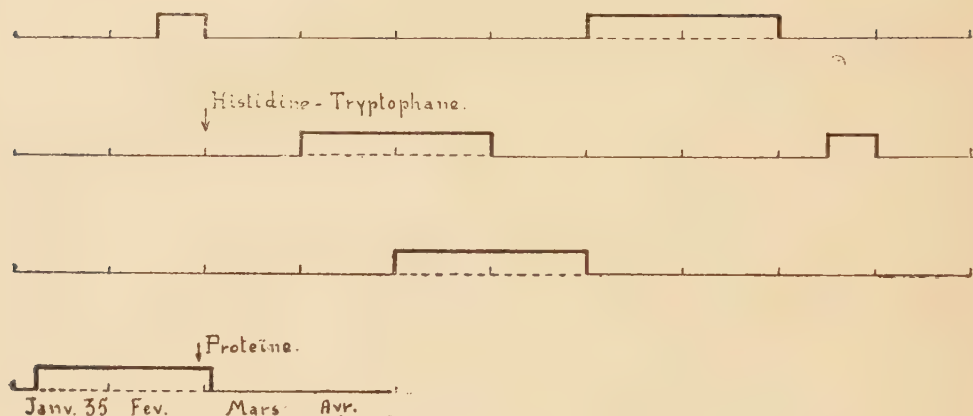
En somme: action nette sur l'élément douleur. Action sur la sténose spasmodique.

Novembre 35.

Le malade souffre de nouveau.

Obs. N° 21

Depuis 4 ans U. Pyl. H 48 ans.



Ulcus pylorique.

OBSERVATION N° 21

27-6-33.

M. G... Bernard, âgé de 48 ans, souffre de l'estomac depuis 4 ans.

Deux fois par an, environ, mars et août généralement, il présente des périodes douloureuses de 15 jours à 2 mois pendant lesquelles il souffre tous les jours, 2 heures après les repas et la nuit vers 2 heures du matin. Vomit parfois.

Radios: ulcère pylorique.

8-8-33.

Le malade a reçu dix injections d'histidine-tryptophane. N'a pas souffert pendant le traitement, mais se plaint d'aigreurs dès qu'il l'a cessé.

19-2-35.

Continue à avoir de grandes crises douloureuses, la dernière en janvier.

Protéinothérapie en février-mars 35.

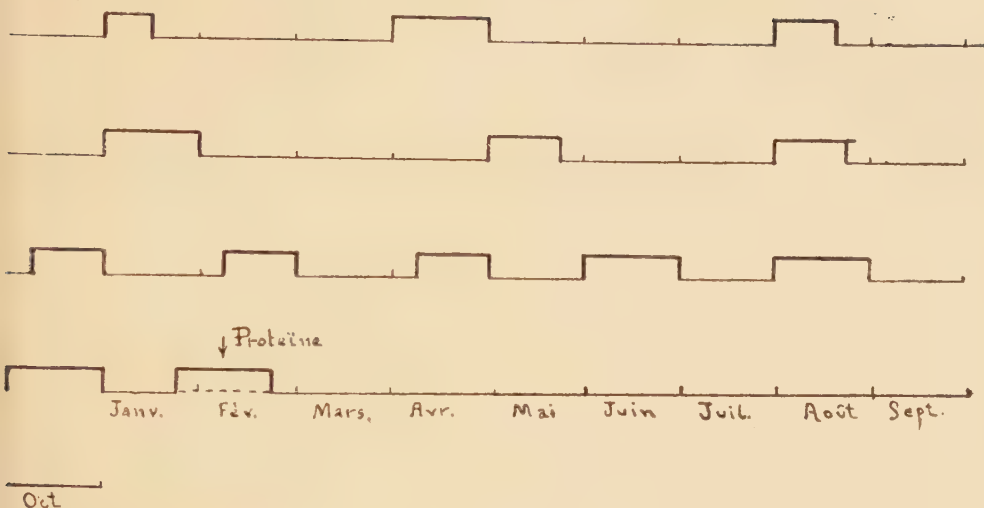
Le malade souffre continuellement depuis janvier.

18-4-35.

Il est nettement amélioré à partir de la 4^e injection. Actuellement, va très bien. Le malade n'est plus revenu dans le service.

Obs. N° 22

Depuis 20 ans. UD. F 44 ans



Ulcus duodénal.

OBSERVATION N° 22

11-1-35.

Madame D... Berthe, âgée de 44 ans, marchande de journaux, présente depuis 20 ans, des périodes de 15 à 20 jours pendant lesquelles elle souffre de son estomac 3 ou 4 heures après les repas. Douleurs à type de crampes avec irradiations dans le dos, calmées par les aliments. Nausées sans vomissements. Appétit médiocre, et nul au moment des crises. Les périodes de calme complet ne dépassent pas 2 ou 3 mois. Actuellement, ces périodes se rapprochent davantage.

Radios: ulcère duodénal.

Protéinothérapie.

1-3-35.

A cessé de souffrir à la 6^e piqûre, ce qui lui a fait une crise d'un mois (même durée que les précédentes).

Va très bien actuellement.

4-10-35.

La malade a fait une deuxième série en mai.

Hysterectomie subtotale en juin 35.

En somme: cette malade n'a plus souffert de son estomac depuis la protéinothérapie. Pour la première fois on assiste à une accalmie de plus de 8 mois.

Ulcus pylorique sténosant.

OBSERVATION N° 23

7-5-34.

M. C... Alfred, âgé de 60 ans, peintre en bâtiment, souffre de son estomac depuis 2 ans.

Au début, il souffrait pendant 8 ou 15 jours de suite, 3 heures après les repas et vers minuit. Ces périodes douloureuses étaient séparées par des intervalles de santé parfaite de un mois au moins.

Depuis 8 jours, souffre continuellement et depuis 8 jours également vomit tous les jours, principalement la nuit. Vomissements alimentaires abondants.

Aurait maigri ces derniers jours. L'appétit est conservé.

Avec ces poussées et ces intervalles de bonne santé courte, l'appétit conservé, on pense à un ulcus demi-sténosant, avec actuellement une poussée bloquant le pylore.

A cause de cet épisode aigu surajouté, on va faire de la protéinothérapie pour voir quel est l'élément inflammatoire et quel est l'élément organique.

14-5-34.

Dès la 1^{re} injection (1 cm³), le malade cesse de souffrir et de vomir. Il va très bien. On continue. Le malade reçoit 10 injections.

22-6-34.

Sous l'influence de la protéinothérapie, les phénomènes inflammatoires ont disparu et les radiographies montrent un estomac qui a complètement changé de forme, avec un gros ulcère de la région pylorique.

On conseille l'opération.

Etant données les grosses déformations du pylore, le passé du malade avec sténose, on pense qu'une gastro-entérostomie prédisposerait le malade à un ulcus peptique.

On conseille la gastrectomie que le malade refuse.

22-3-35.

A été bien jusqu'à février 35. A eu une nouvelle crise pendant dix jours: vomissements de bile avec fièvre.

29-6-35.

Le malade a été bien pendant deux mois. Depuis un mois, brûlures retro-sternales remontant à la gorge. Les douleurs s'accroissent depuis quelques jours. Les vomissements ne sont pas alimentaires (eau-crachats).

On hospitalise le malade.

« Ulcère pylorique — gastroentérostomie. » (Professeur Gosset.)

En somme: action nette sur la douleur et les phénomènes inflammatoires. Cet estomac ectasié au cours d'une sténose inflammatoire, grâce à la protéinothérapie, est revenu à sa forme primitive, et l'intervention a pu être pratiquée à froid.

Ulcère du Bord supérieur de l'Antre pylorique.

OBSERVATION N° 24

4-4-33.

Madame L... Marie, âgée de 55 ans, présente des troubles digestifs depuis 4 ans.

Périodes douloureuses de 15 jours tous les 3, 4 mois, pendant lesquelles elle souffrait tous les jours, 3 ou 4 heures après les repas. Petits vomissements de liquide jaune.

Actuellement est en période de crise depuis 1 mois 1/2, elle souffre régulièrement tous les jours vers 4 heures de l'après-midi.

Aurait eu une petite hématomèse il y a quelques semaines, et une autre en février 33. Une seconde en mars et à la suite de cette hématomèse, s'est installée une période douloureuse.

Examen: rien.

16-5-34.

En reprenant l'histoire, on se rend compte que les hématomèses sont douteuses et qu'il s'agit plutôt d'hémoméso-mèse. La malade a maigri de 2 kg. le mois dernier. L'appétit est bon.

Diagnostic radiologique: petit ulcère du bord supérieur de l'antre pylorique.

4-12-33.

La malade est entrée dans le service où on ne l'a pas opérée et où on lui a conseillé un traitement médical. Elle sort le 13 juillet.

On va radiographier la malade qui présente toujours les mêmes troubles.

Réaction de Vernes au Néo: faiblement négative. Sur les nouveaux clichés, la niche persiste.

2-2-34.

La malade a reçu 10 injections de protéine du 22-12-33 ou 2-2-34.

11 octobre 35.

Depuis la protéinothérapie en janvier 34, la malade ne souffre plus de son estomac. Hypertendue, elle se plaint de temps à autre de petites douleurs à type d'angor. A grossi de 10 kilogs.

Clichés: on ne voit plus de niche.

En somme, radiologiquement; disparition de la niche.

Cliniquement: cette malade qui présentait des périodes douloureuses de quinze jours tous les trois ou quatre mois, mise à la protéinothérapie, ne souffre plus depuis vingt et un mois.

U. D.

OBSERVATION N° 25

21-12-34.

M. L..., âgé de 29 ans, tapissier, a présenté pour la première fois en juillet 1934, une période douloureuse de un mois pendant laquelle il a souffert tous les jours vers 6 heures de l'après-midi. Douleurs à type de crampe siégeant dans l'épigastre et irradiant dans le dos.

Une période de santé parfaite d'une durée de 3 mois a suivi cette période douloureuse qui semble bien avoir été une première poussée ulcéreuse.

En novembre 34, le malade recommence à souffrir.

Même siège des douleurs, mêmes caractères : vers 4 heures de l'après-midi, vers minuit et parfois le matin vers 11 heures. En plus cette fois, il vomit de temps en temps.

En somme, histoire typique d'ulcus.

Radios: ulcère duodénal.

. . *Protéinothérapie* en janvier-février 35.

13-9-35.

Le malade a reçu une série de dix injections. Il souffrait tous les jours depuis novembre 34. Amélioration nette dès la 1^{re} injection. Depuis 8 mois, il n'a jamais souffert. Va très bien actuellement.

En somme: action nette sur la douleur.

L'amélioration se maintient depuis 8 mois.

Ulcus duodénal.

OBSERVATION N° 26

14-1-35.

M. K... Léo, chauffeur, âgé de 37 ans, a souffert pour la première fois de son estomac il y a 6 ans. Douleurs épigastriques 2 h.-2 h. 1/2 après les repas, se calmant par l'absorption d'aliments. Cette poussée a duré deux mois. Ensuite, il reste sans souffrir pendant un an, puis recommence à faire des poussées de 2 ou 3 semaines tous les 3-4 ou 6 mois; puis une longue accalmie de 2 ans et actuellement nouvelle crise.

Radios: ulcus duodénal de face.

Protéinothérapie.

Malgré de nombreuses convocations, le malade n'est jamais revenu dans le service.

U. P. C.

OBSERVATION N° 27

11-2-35.

M. S... Alphonse, âgé de 57 ans, chauffeur, souffre de l'estomac pour la première fois depuis deux mois. Tous les jours douleurs épigastriques vers 11 heures du matin, 5 heures du soir, 1 heure du matin. Son appétit n'a pas beaucoup diminué, n'a pas perdu l'envie de fumer. A un peu pâli. Maigrit. Ne vomit pas.

Radios: ulcus de la P. C. — Diverticule duodénal.

Protéinothérapie en février-mars 35.

10-5-35.

Depuis les injections, il n'a presque plus souffert. N'a pas d'appétit, mais n'en a jamais eu. Il a maigri de 4 kg. en 5 mois, mais depuis un mois reste stationnaire. Est un peu pâle.

Radios: la niche a disparu.

13-9-35.

Depuis six semaines se plaint de nouveau de légers picotements dans l'hypocondre gauche. L'appétit est le même, mais il a grossi de 2 kg. 500. Il a une meilleure mine.

U. P. C.

OBSERVATION N° 28

Mars 1935.

M. R..., médecin militaire, a ressenti il y a 6 ans, pendant 3 mois, une gêne constante, sans vomissements, avec aérophagie et aérocolie.

Puis rien.

Depuis un an, le malade recommence à avoir mal comme il y a 6 ans, mais avec douleurs tardives, plus fortes, après les repas et pendant 2 à 3 mois.

Nouvelle période d'accalmie parfaite de 5 à 6 mois.

Il y a 4 mois, nouvelle poussée douloureuse, un peu moins forte, douleurs calmées par les repas, mais qui recommençaient vers 4 heures.

A maigri beaucoup cette fois-ci.

Bon appétit. Se met à table volontiers, surtout quand il a mal.

Selles normales.

Antécédents: Vieux colonial; diarrhée de Cochinchine, diarrhée amibienne. Pas de Σ .

Radios: grosse niche de la P. C.

27-4-35.

Mis à la *Protéinothérapie* en mars-avril 35.

Le malade qui souffrait depuis 4 mois, a vu ses douleurs s'atténuer dès les premières injections et disparaître 15 jours après le début du traitement.

A repris 4 kilogs en 1 mois.

Radios: la niche a complètement disparu.

Sténose du pylore.

OBSERVATION N° 29

1-4-35.

M. C... Lucien, coiffeur, âgé de 22 ans, souffre de l'estomac périodiquement depuis 7 ans environ.

Au début présentait des douleurs épigastriques à type de torsion qui obligeaient le malade à se plier en deux, survenant vers 4 heures de l'après-midi et 2 heures du matin. Elles duraient 2 à 3 mois, se répétant tous les jours, sans exception, et étaient séparées par des périodes de santé parfaite de 1 à 2 mois.

Depuis un an, le malade a commencé à vomir. Les douleurs ont diminué d'intensité mais ce qui domine actuellement, ce sont les vomissements. Ceux-ci surviennent tous les 4 ou 5 jours, parfois tous les 8 jours, sont abondants, alimentaires, vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, quelquefois le matin vers 9 ou 10 heures.

Amaigrissement.

Conservation de l'appétit.

Examen: grosse rate.

Conclusions: histoire d'ulcus avec très probablement sténose du pylore.

Radios: sténose du pylore.

Pas de signes d'ulcus gastrique ou bulbaire. Grosse empreinte splénique de la grande courbure.

Mis à la *Protéinothérapie*.

24-5-35.

Le malade a reçu une série de 10 injections de protéine. Va très bien actuellement. Il n'a vomi qu'une seule fois en un mois. Sur les nouveaux clichés, on voit que les signes de sténose ont beaucoup diminué.

Bulbe très gros.

Impression d'un gēnu superius très étroit avec possibilité d'un ulcus post-bulbaire.

Ulcus de la Petite Courbure.

OBSERVATION N° 30

19-2-34.

M. P... Pierre, âgé de 34 ans, employé de commerce, a présenté pour la première fois en 1921, une période douloureuse de un mois pendant laquelle il a souffert tous les jours tard dans la journée. Il s'agissait de douleurs épigastriques à type de crampes extrêmement vives.

Depuis cette date, le malade n'a pas éprouvé de douleurs jusqu'au mois de novembre 1933. Cependant, il dit avoir présenté pendant toute la période s'étendant de 1921 à 1933, des pesanteurs gastriques survenant immédiatement après les repas, mais jamais de douleurs ressemblant à celles qu'il avait éprouvées en 1921.

A la fin du mois de novembre 33, le malade commence à éprouver des douleurs épigastriques, irradiant le long du rebord costal gauche, survenant 3 ou 4 heures après les repas. Elles sont à type de torsion, de brûlures, calmées par l'ingestion d'aliments. Pas de vomissements, mais nausées fréquentes.

Le malade est donc en période de crises douloureuses depuis 2 mois et demi.

En somme, très grande probabilité d'ulcus de la petite courbure.

Radios: grosse niche de la petite courbure.

12-3-34.

On commence la protéinothérapie (1 cm³).

20-4-35.

Le malade souffrait depuis environ 4 mois 1/2 A la 3^e injection, il a commencé à être soulagé, mais radiologiquement, l'image reste la même.

24-9-35.

Quinze jours après la fin du traitement, le malade recommence à souffrir. On fait une deuxième série, qui le soulage, mais les douleurs reprennent aussitôt le traitement terminé. A été opéré en juillet en ville.

En somme, action au cours du traitement.

OBSERVATION N° 31

15-5-34.

M. M... Alphonse, vernisseur, 33 ans, a présenté pour la première fois il ya 4 ans, pendant un mois et demi, tous les jours, des douleurs épigastriques à type de crampes, vers 4 ou 5 heures de l'après-midi et vers minuit. Pas de vomissements. Puis ces douleurs ont cessé et le malade est entré dans une période de santé parfaite. Mais quand on interroge bien le malade, on se rend compte que pendant cette période de calme, a présenté plusieurs fois des *périodes courtes* de 2 ou 3 jours où il accusait des douleurs épigastriques vers 4 ou 5 heures de l'après-midi.

Il y a 2 mois (début mars), le malade a de nouveau une période douloureuse caractérisée par des douleurs tardives, 4 ou 5 heures après les repas. Pas de vomissements, pas d'amaigrissement.

En résumé: histoire typique d'ulcus.

Clichés: ulcère duodénal.

Mis à la protéinothérapie le 18-5-34.

22-3-35.

A été très bien jusqu'au 15 mars 35, c'est-à-dire 10 mois. Le vendredi 15 mars, gros excès de boisson (vin blanc, alcool). Samedi, il s'est purgé et a pris un apéritif à midi à jeun. Souffre de nouveau depuis ce moment.

Pendant les 10 mois de calme, le malade prenait 3 ou 4 verres de vin rouge à chaque repas, plusieurs apéritifs par semaine, du rhum dans le café. Vin rouge vers 4 heures de l'après-midi. et n'avait malgré cela aucune brûlure ni douleur.

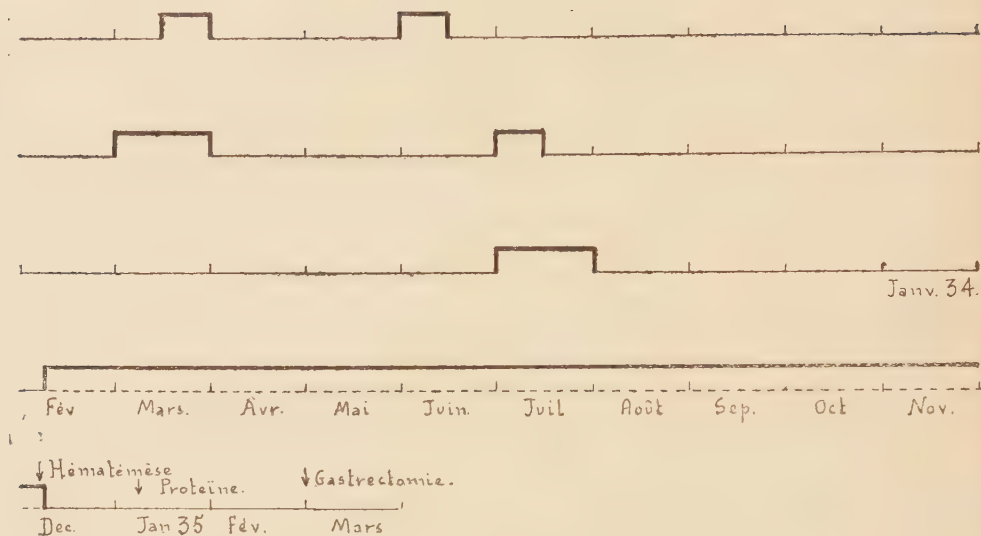
Il faut noter que depuis 8 jours, le malade n'a pas de douleurs à type d'ulcère, mais des brûlures toute la journée.

Radios: grosse niche ulcéreuse en pleine poussée.

En somme: observation intéressante, car malgré ces excès de boisson, le malade n'a eu aucun trouble pendant dix mois, donc aucune influence sur l'ulcère qui évolua normalement, c'est-à-dire vers une nouvelle poussée qui très probablement coïncidait simplement avec un abus d'alcool.

Obs N° 32

Depuis 8 ans. U.P.C. H 49 ans



Gros Ulcus de la P. C.

OBSERVATION N° 32

17-12-34.

M. J... Cél., âgé de 49 ans, se plaint de troubles digestifs qui remontent à 8 ans.

A ce moment sensation de constriction épigastrique, sans rapports avec les repas, sans vomissements, pendant 10 à 30 jours, avec périodes de bien-être complet allant de 2 à 10 mois.

En moyenne, 1 à 2 poussées par an depuis.

Depuis un an, le malade a maigri de 10 kilog. et depuis 10 mois, douleurs continues, quotidiennes, plus marquées que dans le temps.

Il y a 3 semaines, hématomèse importante de 1 à 1 litre et demi, ayant nécessité son transport à l'hôpital. Dès le lendemain, toute douleur épigastrique a complètement disparue et depuis le malade éprouve une faim continue.

Examen: résistance épigastrique.

7-1-35.

Radios: gros ulcus de la P. C.

A cause:

du manque de lacune autour de la niche;

de la persistance des plis;

de la rémission complète après l'hémorragie.

On pense plutôt à un ulcus calleux qu'à un Néo.

Protéinothérapie.

1-2-35.

Le malade a reçu une série de dix injections. Les signes radiologiques ont peu diminué, mais se précisent dans le sens ulcus. On conseille l'opération.

25-2-35.

Compte rendu opératoire: « Gros ulcère de la petite courbure. Volume d'une pièce de deux francs. Gastrectomie. » (Docteur Charrier.)

En somme: la protéinothérapie a précisé les signes dans le sens ulcus en diminuant le volume de la niche.

Ulcère de la Petite Courbure.

OBSERVATION N° 33

16-3-34.

M. P... Gustave, âgé de 40 ans, raboteur, vient consulter parce que depuis 4 à 5 ans, souffre de son estomac. Histoire tout à fait atypique: brûlures, malaises qui disparaissaient avec un peu de bicarbonate. Depuis un an, fortes douleurs, 3 à 4 jours, puis bien pendant 2 ou 3 jours, et les douleurs recommencent. Ne souffre jamais la nuit. Les douleurs disparaissent sans régime et sans médicaments.

En septembre 33, pour la première fois, a eu mal pendant 6 semaines: vomissements continuels, avait mal du matin au soir.

A la suite d'un traitement et d'un régime, a été bien 4 mois.

Depuis un mois, recommence à souffrir, mais pas tous les jours.

L'appétit est bon en ce moment.

Sur les clichés: ulcère volumineux de la petite courbure. On prescrit au malade une potion: *bismuth, belladone, looch huileux*.

La gastroscopie pratiquée par M. le docteur Moulonguet, montre une sorte de tuméfaction œdémateuse vers la partie moyenne de la petite courbure.

R. de Verne pour Néo: négative.

4-5-34.

Le malade continue à souffrir. L'appétit est très bon, le poids stationnaire depuis février.

On va essayer la *Protéinothérapie*.

Première injection de 1 cm³ le 12-6-34.

2-7-34.

Le malade a reçu 10 injections. Traitement très accéléré. Ne souffre plus. Pas de vomissements. Sur une nouvelle série de radiographies, on voit que la niche a beaucoup diminué.

5-10-34.

Le malade allait bien jusqu'à mi-août, où il recommence à souffrir et se plaint surtout de vomissements. Sur les *derniers clichés*, on voit une *très grosse amélioration*, mais le malade *guérit en rétractant sa petite courbure*. On commence une nouvelle série.

3-12-34.

Le malade recommence à souffrir. On conseille la gastrectomie.

19-12-34.

Compte rendu opératoire: « Ulcère calleux de l'angle de la P. C. Périduodénite par brides. Pas d'ulcère duodénal. Petite cicatrice pré-pylorique. Large gastrectomie. » (Docteur Charrier.)

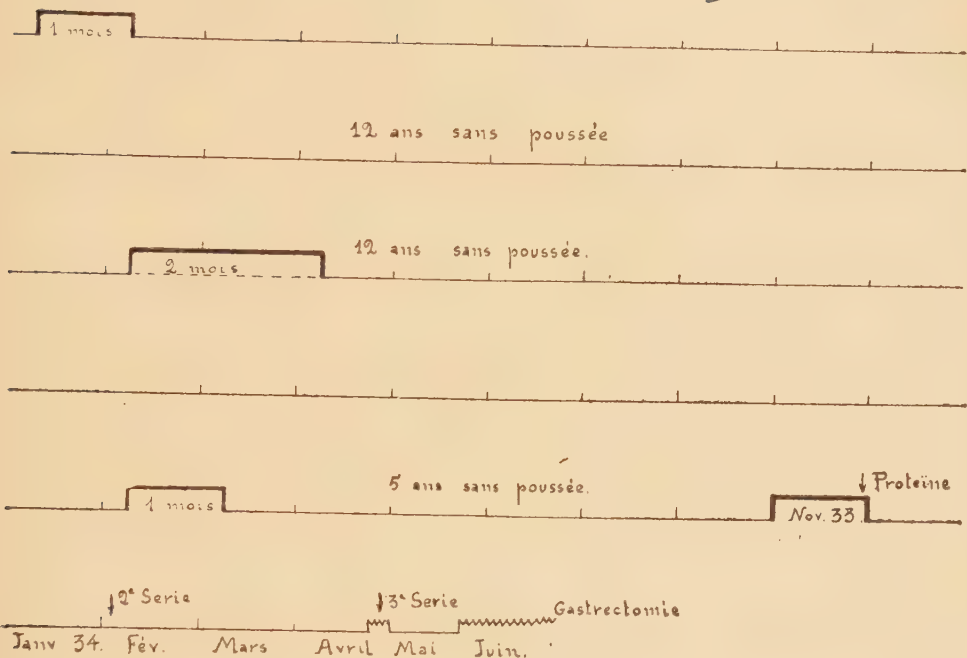
Sur la pièce enlevée, ulcus de l'angle de la P.C. de la taille d'un franc.

En somme: amélioration radiologique. Traitement pré-opératoire.

28-11-33

Obs. N° 34

Depuis 20 ans. U.P.C. F 49 ans.



Ulcus de la Petite Courbure.

OBSERVATION N° 34

24-11-33.

Mlle R... Catherine, domestique, âgée de 49 ans, souffre périodiquement de son estomac depuis 20 ans.

Pour la première fois, à l'âge de 19 ans, présente une période douloureuse d'un mois pendant laquelle elle souffre et vomit tous les jours. Ne se rappelle plus de l'horaire de ses douleurs, mais les vomissements survenaient plusieurs fois dans la journée et soulageaient la malade.

Douze ans après, à l'âge de 32 ans, elle présente une deuxième période douloureuse en tous points semblable à la première, mais d'une durée plus longue: deux mois. Douleurs à type de tiraillements, 2 heures après les re-

pas. Vomissements quotidiens, soulageant la malade. Au bout de 2 mois, les douleurs et vomissements disparaissent. Pendant 12 ans, la malade est parfaitement bien.

Il y a 5 ans, 12 ans après la 2^e période douloureuse, la malade présente une 3^e période, d'une durée d'un mois où elle souffre tous les jours. Les douleurs sont plus tardives: à 3h. 1/2 de l'après-midi; parfois un vomissement alimentaire, mais il ne s'agit plus cette fois de vomissements quotidiens, comme lors des crises précédentes. Au bout d'un mois, les douleurs s'apaisent (elle prend du kaolin), mais ne disparaissent pas complètement, elle continue à ressentir une petite douleur épigastrique vers 3 heures de l'après-midi.

Au début de novembre 1933, survient une nouvelle période douloureuse avec douleurs épigastriques vives, beaucoup plus intenses que celles qu'elle continuait à éprouver.

Les crises de cette période douloureuse diffèrent de celles des périodes précédentes par les caractères suivants: elles *durent toute la journée*, et toute la nuit. Elles s'accompagnent de vomissements très fréquents, survenant toutes les 2 ou 3 heures, ceux-ci sont alimentaires et bilieux. A beaucoup maigri depuis quelques mois, mais ne s'alimentait pas, suivait un régime sévère. Depuis quelque temps, diminution importante de l'appétit surtout pour la viande.

Examen: malade qui souffre beaucoup. Au niveau de l'épigastre, il existe une légère voussure — palpation douloureuse. On a l'impression qu'il s'agit de contractions de l'estomac contre un obstacle pylorique.

Clichés: très grosse niche de la petite courbure.

Une première série de 10 injections de protéine fait diminuer de 3/4 la niche. Disparition complète des vomissements et des douleurs. La malade s'alimente bien. A repris du poids.

9-2-34.

A eu une deuxième série. Il persiste encore une petite niche. Va bien au point de vue clinique.

17-4-34.

La malade va bien mais éprouve de temps en temps, tous les 2 ou 3 jours, une douleur dans l'hypocondre gauche, vers 5 heures de l'après-midi. Ces douleurs se répètent parfois 2, 3 jours de suite, puis tout rentre dans l'ordre. En tout cas, rien de comparable avec ce qu'elle a éprouvé en novembre. On fait une 3^e série de protéine.

25-5-34.

Après la 3^e série, la malade a été bien pendant un mois: mars.

Depuis 2 mois, malgré une 3^e série, elle souffre de nouveau de façon irrégulière. Vomit souvent l'après-midi, 2 heures après les repas. Maigrit. On conseille une résection.

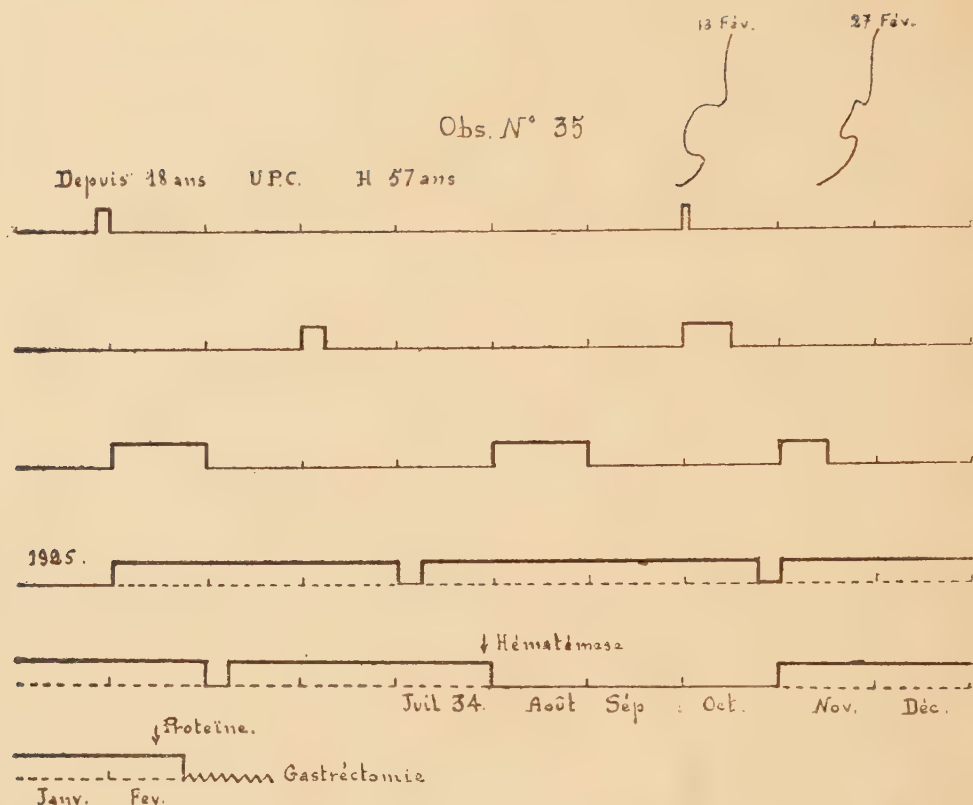
11-6-34.

« Induration par ulcère sur la P. C.; la niche que l'on voyait à la radiographie ayant déjà beaucoup diminué, on ne fait qu'une G. E. postérieure, transversale. » (Professeur Gosset.)

En somme: chez cette malade, nous n'avons pu obtenir qu'une amélioration clinique de cinq mois. Mais au point de vue radiologique, une très grosse amélioration, car la niche, après la protéinothérapie, avait diminué de trois quarts, diminution qui fut vérifiée à l'opération par le professeur Gosset.

Obs. N° 35

Depuis 18 ans U.P.C. H 57 ans



U. P. C.

OBSERVATION N° 35

16-2-35.

M. L... Auguste, âgé de 57 ans, souffre de son estomac depuis 1917. Petites poussées douloureuses de 3 jours tous les 6 mois environ.

En 1923, les poussées s'allongent. 8 jours à 1 mois. Douleurs épigastriques 1 heure après les repas pendant 2 ou 3 heures suivies de vomissements. Les périodes d'accalmie deviennent de plus en plus courtes et le malade souffre toujours un peu.

Depuis 1925 il souffre presque tous les jours. Les vomissements deviennent presque quotidiens.

En juillet 34, grosse hématomase de 2 litres, suivie d'une période d'accalmie parfaite de trois mois.

Depuis octobre 34, souffre tous les jours et vomit autant.

A beaucoup maigri, l'appétit est conservé, mais n'ose pas manger.

Radios: Ulcus calleux de la P. C.

On décide la gastrectomie. Mais en attendant la préparation du malade on fait six injections de protéine et on radiographie le malade.

Sur les nouveaux clichés, la niche a sensiblement diminué de volume.

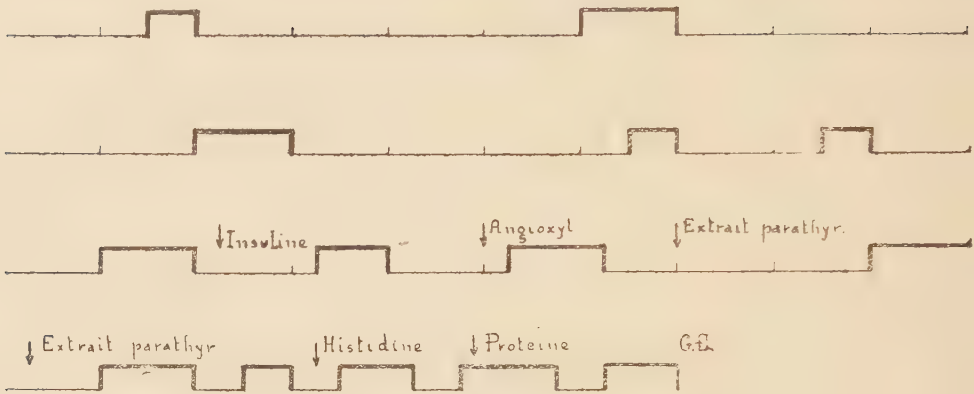
6-3-35.

Compte-rendu opératoire: « Ulcère assez volumineux situé au tiers supérieur de la P. C. Gastrectomie. » (D^r Charrier.)

En somme: Ce malade qui souffrait depuis quatre mois a été soulagé dès la deuxième injection de protéine. Sa niche, après six injections seulement, avait diminué. Traitement pré-opératoire.

Obs. N° 36

Depuis 9 ans. U.D. H 32 ans.



Ulcus du bord supérieur du bulbe duodénal.

OBSERVATION N° 36

10-11-31.

M. P... Maurice, employé, âgé de 32 ans, souffre depuis neuf ans, par périodes de quinze jours à un mois, avec des intervalles de quelques mois au début — deux ou trois crises par an — dans la suite se rapprochant, actuellement intervalles de bonne santé relative de quinze jours. Douleurs surtout diurnes, parfois nocturne, deux ou 3 heures après le repas, réveillé vers une heure du matin.

Douleur violente à l'épigastre irradiant à droite et à gauche.

Diagnostic: Gros ulcus du bord supérieur du bulbe duodénal.

Presque tous les traitements médicaux ont été essayés chez ce malade, sans succès.

1° 18 injections d'insuline.

2° 25 injections d'Angioxyl. Pendant ce traitement il a eu une crise « comme il n'en avait jamais eu ».

3° Extrait parathyroïdien ; une première série de 24 injections, il fait une nouvelle crise deux mois après.

Nouvelle série, nouvelle crise au moment de sa dix-septième piqûre.

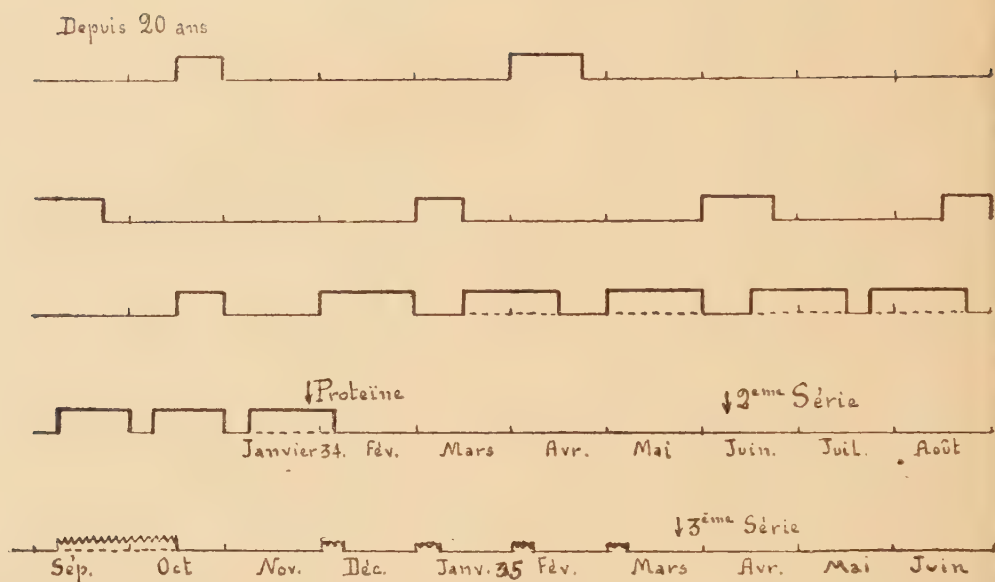
4° Histidine. Aucune amélioration.

19-3-34.

Après échec de tous ces traitements, on met le malade à la protéinothérapie. Il reçoit dix injections mais continue à souffrir. Il a été opéré le 30-3-34. Gastro-entérostomie. « Ulcère juxta-pylorique sténosant et scléreux. » (D^r J. Gosset.)

En somme: Aucune action, même pas sur l'élément douleur. Echec complet.

Obs. N° 37



Ulcère duodénal.

OBSERVATION N° 37

22-12-33.

M. V. Victor, peintre, âgé de 65 ans, souffre de l'estomac depuis vingt ans environ.

Au début il souffrait par périodes de quinze jours à trois semaines, tous les trois ou quatre mois. Il s'agissait de douleurs épigastriques sans irradiations, à type de crampes, survenant quatre ou cinq heures après les repas. Ces périodes douloureuses étaient réparées par des intervalles de santé parfaite.

Depuis cinq ans les périodes douloureuses sont devenues plus rapprochées et les intervalles de calme plus courts.

L'appétit est conservé. Pas d'amaigrissement.

En résumé: Histoire typique d'ulcus.

15-1-34.

Radios: Ulcère duodénal.

Bulbe assez déformé.

Les poussées se rapprochent. Il vomit tous les jours ou tous les deux jours de l'eau vaguement acide.

19-2-34.

Protéinothérapie: Le malade a reçu dix injections de protéine. Il va beaucoup mieux, ne souffre plus, ne vomit pas, mange bien.

4-5-34.

Le malade va beaucoup mieux et ne vomit plus qu'une fois tous les cinq jours environ. Il va faire une deuxième série en ville.

21-9-34.

Depuis un mois et demi souffre de nouveau mais beaucoup plus, quatre à cinq heures après les repas. Vomit presque tous les jours. Depuis huit jours va un peu mieux.

29-3-35.

Depuis sa crise de septembre 34, le malade a des petites douleurs, tous les quinze jours environ, pendant quatre ou cinq jours, vomit de l'eau acide vers 4 h. du matin, est « mal à son aise » vers 5 h. de l'après-midi et 10 h. du matin.

Les petites poussées courtes sont séparées par 15 jours à 3 semaines — une fois par mois — de calme. La dernière poussée est terminée depuis huit jours. On fait une nouvelle série de protéine.

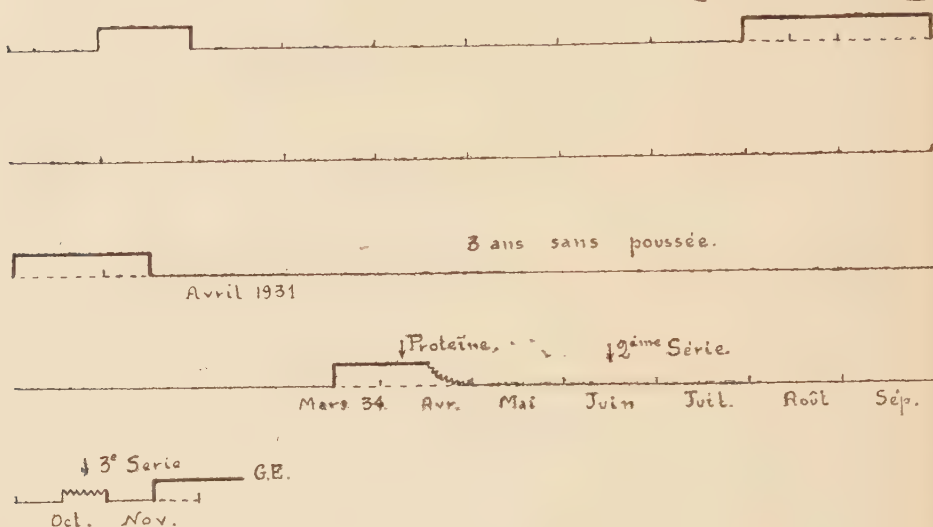
16-6-35.

Le malade a reçu une troisième série en avril-mai. Actuellement va très bien. Les nouveaux clichés montrent un estomac qui a complètement changé de forme, montrant une rétraction.

En somme: Depuis vingt ans, poussées douloureuses de un mois environ tous les quatre mois. Puis tous les quinze jours avec vomissements. Grâce à la protéinothérapie il va bien pendant sept mois, puis fait de petites poussées de quatre à cinq jours.

Obs. N° 38

Depuis 15 ans U.D. + U.P.C. H. 50 ans.



Double ulcus duodénal + petite courbure.

OBSERVATION N° 38

27-4-31.

M. G... Robert, âgé de 50 ans, se plaint de son estomac depuis quinze ans. Troubles gastriques par périodes variables: douleurs par périodes de un mois, un mois et demi, deux mois. Intervalles d'accalmie de dix-huit mois-un an. Quand le malade souffre, c'est à peu près tous les jours, mais de temps en temps il reste deux jours sans souffrir. Douleurs 2-3 ou 4 heures après les repas, et pendant deux heures, au creux épigastrique, avec irradiations vers les reins.

Ne souffre jamais la nuit. Il y a trois ans: nausées.

Pas de vomissements ni d'hématémèse.

Depuis trois mois il a des douleurs de plus en plus violentes.

Pas tous les jours (reste de temps en temps un ou deux jours sans souffrir).

Pour la première fois il a maigri de 5 kgs. Appétit conservé.

N'a pas perdu l'envie de fumer.

Examen: Résistance épigastrique droite très nette.

Radios: Niche de la petite courbure. Clichés en pleine crise pris le 8-4-31.

8-5-34.

On a mis le malade au régime de six bouillies par jour et trois cuillerées à café de Bismuth-Kaolin.

Cinq à six jours après il commence à aller mieux.

Depuis dix jours ne souffre plus.

Une deuxième radio prise au début de la période où le malade commence à ne plus souffrir, *ne montre pas de niche*.

30-10-31.

Le malade a eu quelques petites alertes — n'a plus eu de périodes douloureuses et, depuis quatre mois, va tout à fait bien.

24-3-34.

Le malade a été bien depuis 31, lorsqu'il y a quinze jours, il a recommencé à souffrir. A noter que depuis 1931 il n'a pas cessé de prendre du Bismuth: deux cuillerées à café par jour et a toujours suivi un régime modéré, quand, sans raison apparente, il recommence à souffrir sans arrêt avec vomissements.

Examen: Résistance épigastrique extrêmement nette. Foie normal.

Sur les nouveaux clichés on voit: Un ulcus duodéal et une niche de la petite courbure.

Ni la Belladone ni le Bismuth ne calment plus le malade.

On commence la Protéinothérapie le 3-4-34 (1 cm³).

4-5-34.

Le malade a reçu dix injections de protéine. Aucun incident à signaler. Grosse amélioration, mais il n'y a pas cessation complète des douleurs.

10-7-34.

Le malade a reçu une deuxième série de dix injections. Va tout à fait bien.

9-10-34.

Le malade ne se sent pas complètement guéri. Présente encore quelques petites douleurs.

Cette observation prouve la difficulté à juger du résultat des traitements, car il y a quelques années, le même résultat a été obtenu avec le Bismuth que, cette fois, avec la Protéinothérapie.

A la suite de la Protéinothérapie, le malade a été très soulagé, néanmoins était forcé de suivre un régime, ne pouvant s'écarter des pâtes, viandes grillées.

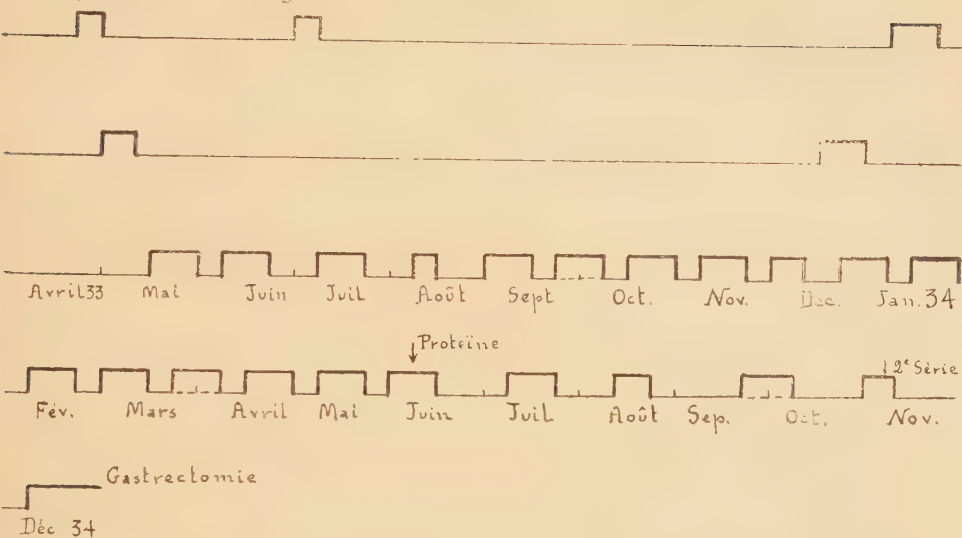
19-11-34.

Le malade demande à se faire opérer.

En somme: Action nette sur la douleur. Mais une fois le traitement terminé, le malade recommençait de souffrir. Au point de vue radiologique la niche de la P. C. a disparue, mais l'ulcère duodénal persiste.

Obs. N° 39

Depuis 10 ans U. Pyl. avec sténose H 30 ans.



Ulcère du pylore.

OBSERVATION N° 39

18-5-34.

M. M... Pierre, porteur aux Halles, âgé de 30 ans, souffre de l'estomac depuis dix ans environ. Au début il souffrait tous les deux ou trois mois par périodes de quelques jours. Douleurs tardives à type de torsion siégeant au niveau de l'épigastre. Ces périodes douloureuses étaient séparées par des intervalles de bonne santé de plusieurs mois.

Depuis un an les périodes se sont rapprochées et actuellement le malade souffre souvent — douleurs tous les huit à dix jours, quelques jours seulement de répit et une nouvelle période survient.

Depuis un an également, sont apparus des vomissements de deux sortes :

1° Les uns fréquents sont constitués de liquide clair, acide, agaçant les dents; ils surviennent le matin à jeun et plusieurs fois dans la journée.

2 D'autres survenant rarement, une fois tous les deux ou trois mois, sont abondants, immédiatement après les repas et contiennent des aliments non digérés; parfois la nuit vers 3 h. du matin.

A maigri ces derniers temps; son appétit a diminué.

Examen: Clapotage à jeun.

Diagnostic clinique: Histoire typique d'ulcus avec phénomènes de sténose surajoutés.

2-6-34.

Clichés: Ulcère pylorique. Sténose.

Mis à la protéinothérapie, a reçu dix injections (4-6-34 — 6-7-34 (3 cm³).

3-12-34.

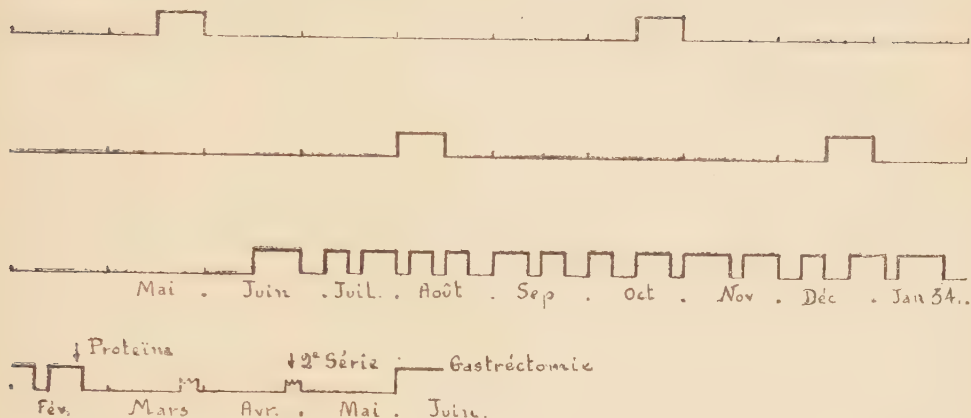
Le malade a reçu deux séries de Protéine, une en juin, l'autre en novembre 34. Aucune amélioration.

On conseille une gastrectomie.

En somme: Echec complet.

Obs. N° 40

Depuis 12 ans U.P.C. H 47 ans.



Ulcère de la petite courbure.

OBSERVATION N° 40

5-2-34.

M. M... Maurice, ajusteur, âgé de 47 ans, souffre depuis douze ans par périodes de quinze jours, trois semaines, avec des intervalles de plusieurs mois. Douleurs à type tardif sous-costale droite et gauche. Vomissait de temps en temps précocement au moment de ses douleurs.

Une radiographie a été faite en province en mai 33 qui montre une grosse niche de la petite courbure.

Depuis juin les douleurs ont l'air de survenir sans périodicité — souffre pendant quelques jours, un jour ou deux rien. Ces douleurs surviennent de une à trois heures après les repas. Ne vomit plus. Pas d'amaigrissement notable. Appétit conservé. Se plaint d'avoir des sensations pénibles dans le cadran droit de l'abdomen.

5-3-34.

Le malade a reçu dix injections de Protéine. Son état général a été amélioré, il conserve néanmoins quelques douleurs tardives moins fortes. Sur les clichés la niche persiste.

28-5-34.

Après une seconde série d'injections — terminée il y a un mois — le malade ressent de nouveau des douleurs, mais moins violentes.

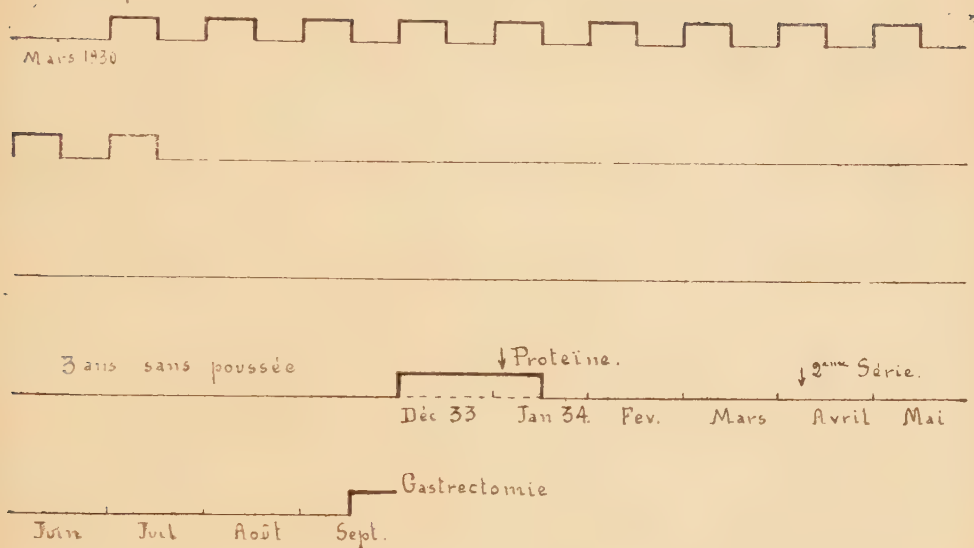
Il n'a pas été très amélioré. Les douleurs diminuent seulement pendant le traitement, mais reprennent plus vives huit ou dix jours après.

On conseille l'opération. — Gastrectomie le 14-6-34. « Ulcère de la P. C., avec cratère des dimensions d'une pièce de 50 centimes, situé à 10 cm. du pylore. Gastrectomie. » (D^r Loewy.)

En somme: Action de la protéinothérapie sur les douleurs, qui diminuent au cours du traitement mais reprennent dès qu'on cesse.

Obs. N° 41

Ulcus perforé en 1926 U.P.C. H. 55 ans.



Ulcus de la Petite Courbure.

OBSERVATION N° 41

6-3-31

M. M... Armand, âgé de 55 ans, a été opéré d'urgence à Lariboisière, en 1926, pour ulcus perforé, haut situé sur la petite courbure.

Depuis un an, plusieurs fois par semaine, et quelquefois, plusieurs jours de suite, vomissements (jamais d'hématémèse) avec douleurs. Il semble y avoir une certaine périodicité: 15 jours de vomissements et 15 jours de bien-être. Vomissements tardifs. Depuis trois semaines vomit tous les jours. Ces vomissements calment les douleurs. Va bien depuis quatre jours. — Régime, Bismuth.

13-1-34.

Avait été bien depuis 1931 en suivant un régime, mais depuis un mois est pris de douleurs violentes. Vomissements de temps en temps, très irréguliers. A noter que d'après les radios, en 1931, M. Calderon avait pensé à la possibilité d'un petit ulcère pylorique.

Depuis le 1^{er} décembre est repris de douleurs très vives: douleurs siégeant surtout à l'hypocondre gauche, trois à quatre heures après les repas — douleurs qui sont à se plier en deux.

Examen impossible: Contracture violente des Droits.

Impression d'une *poussée ulcéreuse violente*.

19-1-34.

Les radiographies, faites un jour après que le malade a cessé de souffrir, montrent une *grosse niche de la petite courbure*, avec des petites images d'œdème autour.

Il faut noter que cette poussée est survenue alors que le malade prenait tous les jours du Bismuth, une cuillerée à café deux fois par jour, depuis deux ans, ainsi que de la belladone. Il suivait un régime sévère: bouillies, bouillon de légumes, purées, très rarement de la viande, et c'est dans ces conditions que la poussée est survenue.

On commence la Protéinothérapie.

1 cm³ pour atteindre 3 cm³ dès la troisième injection.

9-3-34.

Le malade a eu une série de dix injections.

Ne souffre plus depuis la deuxième ou troisième piqure. Il a augmenté de 5 kgs. Il mange très bien. Néanmoins, les signes ulcéreux radiologiques restent très nets.

21-9-34.

Revient car il continue à souffrir et veut se faire opérer.

Compte rendu opératoire:

« Nombreuses adhérences à la paroi et au foie. Ulcère de la P. C. de la dimension d'une pièce de un franc. Gastrectomie. » (D^r Charrier.)

Cette observation est très intéressante car elle nous montre l'inutilité du régime et du traitement. Malgré un régime sévère, malgré le bismuth et la belladone, pendant deux ans, l'ulcère a continué son évolution.

En somme: Action nette sur la douleur.

Depuis 3 ans V.P.C. H. 52 ans. Obs. N° 42

3 ans sans poussée

↓ Protéine

Déc. 33. Jan. 34. Fév. Mars Avr.

Gastrectomie

Mai Juin Juil. Août Sep. Oct. Nov.

Ulcus de la P. C.

OBSERVATION N° 42

23-12-33.

M. W... Pierre, âgé de 52 ans, souffre de son estomac depuis trois ans. Douleurs quotidiennes quatre à cinq heures après les repas pendant quinze jours.

Hématémèse et méloena en août 1930.

Il a été très bien pendant trois ans et recommence à souffrir depuis un mois environ.

Radios: petite niche de la P. C.

Mis à la *protéinothérapie* il va très bien; il a engraisé.

1-10-34.

Depuis trois semaines nouvelle crise.

On commence une nouvelle série vers la fin de la poussée douloureuse. Les douleurs ont été calmées vers la troisième injection.

9-11-34.

Sur les clichés la niche a complètement disparue. Mais il n'est pas net si cette disparition est due au traitement. Malade à suivre.

26-11-34.

Le malade souffre de nouveau depuis huit jours.

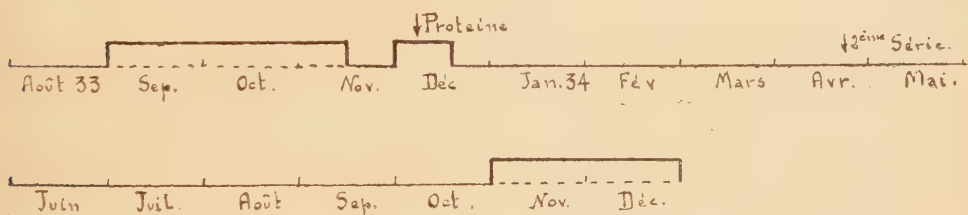
Etant donné les nombreuses récides de l'ulcus, malgré la protéinothérapie, on conseille l'intervention.

Compte rendu opératoire: « petit ulcère de la dimension d'une pièce de 50 centimes avec adhérences larges postérieures au pancréas. Gastrectomie Finsterer entièrement au bistouri ». (D^r J. Gosset.)

En somme: Echec complet.

Obs. N° 43

Depuis plusieurs années. U.P.C., F 59 ans.



U. P. C.

OBSERVATION N° 43

7-11-33.

Mme G... Maria, âgée de 59 ans, semble avoir depuis très longtemps des histoires de petites poussées douloureuses qui dureraient quelquefois huit jours, quelquefois trois jours: douleurs épigastriques et, plus à gauche — une demi-heure après les repas, jamais la nuit.

Etait restée 2-3 ans sans douleurs, quand elle a recommencé à souffrir en septembre, et souffre depuis.

Examen: Pas de signe de Murphy. On a l'impression d'une histoire ulcéreuse.

Sur les clichés: U. P. C.

18-11-33.

La malade ne souffre plus.

4-12-33.

La malade recommence à souffrir depuis huit jours, tous les jours, une demi-heure après les repas; la douleur dure une demi-heure.

On commence une série de Protéine le 5-12-33 (1/2 centimètre cube) jusqu'au 20-1-34 (3 cm³).

8-2-35.

La malade a été bien pendant dix mois après deux séries de protéine. A recommencé à souffrir pendant deux mois. Douleurs très vives.

En somme: Action analgésiante. L'accalmie de dix mois ne prouve rien, puisque la malade a eu déjà des périodes de santé parfaite de deux ou trois ans.

Obs. N° 44

Depuis 6 ans U.D. H. 23 ans



GE

Ulcus duodéal.

OBSERVATION N° 44

8-12-33.

M. F... César, boucher, âgé de 23 ans, souffre depuis l'âge de 17 ans, par périodes de 2-3 mois. Il s'agit de crampes au creux épigastrique et dans l'hypocondre gauche, deux ou trois heures après les repas.

Calmées par l'ingestion des aliments.

Périodes d'accalmie de huit à vingt mois.

Ne souffre jamais la nuit. Pas de vomissements. A souffert pendant 8 jours il y a trois semaines. Est bien actuellement. Accuse parfois des céphalées sans rapport avec ses douleurs épigastriques.

Examen: Murphy léger.

Radios: Ulcère duodéal.

Mis à la *protéinothérapie* le 22-1-34 au 2-3-34.

Va bien pendant quatre à cinq mois. Recommence à souffrir.

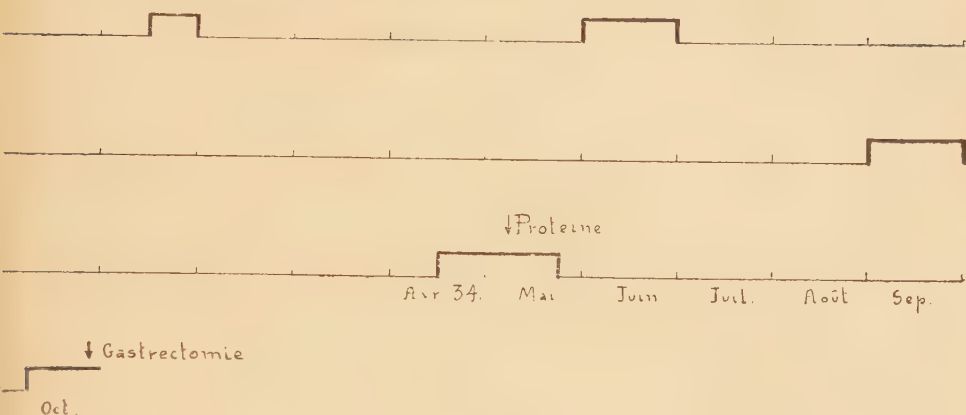
Opéré le 18-7-34.

« Ulcère duodénal typique sur la première portion, bord supérieur, tout près de la veine pylorique. G. E. »
(Prof. Gosset.)

En somme: Echec complet.

Obs. N° 45

Depuis 10 ans. U.D. H 32 ans



Ulcus duodénal déformant.

OBSERVATION N° 45

20-3-34.

M. O... Paul, maroquinier, âgé de 32 ans, souffre de l'estomac depuis dix ans environ, par périodes de quinze jours à un mois pendant lesquels il souffre presque tous les jours, à cinq heures de l'après-midi et vers minuit. Douleurs à type de crampes siégeant au niveau de l'épigastre et aussi dans le bas-ventre. Lors de la période douloureuse présente des petits vomissements biliaires survenant deux ou trois heures après les repas. Hyper-salivation. Petits rejets de liquide acide le matin à jeun.

Ces périodes douloureuses sont séparées par des périodes de calme absolu de 4, 8 ou 12 mois.

En somme, histoire typique d'ulcus.

Radios: Déformation très nette du bulbe duodénal sur plusieurs clichés avec image certaine d'ulcus sur un cliché.

4-5-34.

Protéinothérapie. Le malade la supporte mal. Perte de connaissance au milieu de la première injection, ayant nécessité l'injection d'huile camphrée. Néanmoins, il reçoit dix injections de Protéine (16-6-34).

13-10-34.

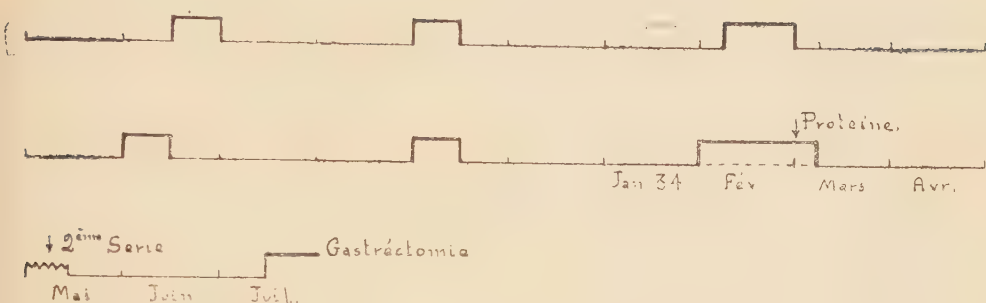
Depuis une semaine environ, après quatre mois d'accalmie, le malade recommence à souffrir. Il vomit plusieurs fois par jour. Douleurs très violentes qui ne sont calmées ni par une injection de Protéine, ni par le bismuth et la belladone.

On reradiographie le malade et vu la présence d'un bulbe déformé et intérieurement œdématié avec gastrite marquée de l'antrum, on conseille la gastrectomie.

Le malade a été opéré le 30-10-34: « Ulcère du bord supérieur du bulbe duodénal à 1 cm. du pylore débordant sur la face postérieure avec rétraction inflammatoire du méso supérieur et inférieur. — Gastrectomie. » (D^r Charrier.)

En somme: Echec complet.

Depuis 10 ans U.D. H. 44 ans.

*Ulcus duodénal.*

OBSERVATION N° 46

26-2-34.

M. S... Maurice, magasinier, âgé de 44 ans, souffre depuis dix ans environ par poussées espacées, tous les deux ou trois mois. Ses crises consistent à des douleurs en barre au creux épigastrique, vers 11 h. du matin, cinq ou six heures l'après-midi et parfois toute la nuit.

Faim douloureuse, calmée par l'absorption d'aliments. Pas de vomissements, mais quelques nausées matinales depuis deux ou trois mois. A maigri de 5 kgs en trois mois.

En somme: Histoire typique d'ulcère.

5-3-34.

Radios: Ulcère duodénal.

On commence la *Protéinothérapie* et le malade s'améliore rapidement.

22-5-34.

Un mois après la fin de la série le malade recommence à souffrir, pas tous les jours, et ses douleurs sont moins fortes qu'avant.

On refait une deuxième série.

13-7-34.

Le malade présente depuis 24 heures des douleurs épigastriques extrêmement violentes, en coup de poignard. A l'examen, il y a une légère défense musculaire à l'épigastre, on se méfie d'une perforation et l'on fait hospitaliser le malade.

25-7-34. On opère le malade.

« Ulcus sur le bulbe juxta-pylorique de dimensions d'une pièce de 50 centimes. Gastrectomie. » (Dr Charrier.)

En somme: Action analgésiante.

Obs N° 47

Depuis 1 an $\frac{1}{3}$ U. rétro-bulbaire H. 25 ans.



Gros ulcus post-bulbaire.

OBSERVATION N° 47

13-11-34.

M. A... Georges, représentant, âgé de 25 ans, souffre depuis un an et demi.

Douleurs siégeant au creux épigastrique, plutôt à droite, à horaire variable, deux heures ou quatre heures et demi après les repas, parfois la nuit, peu calmées par les poudres. Il vomit du liquide acide.

Périodicité atypique. Huit à quinze jours de douleurs, huit à quinze jours d'amélioration. Serait resté trois ou quatre mois sans souffrir à la suite d'un long repos. Dans les périodes d'accalmie, le malade dit qu'il a de très petites douleurs une demi-heure ou deux heures après les repas.

Antéc.: Jaunisse à 14 ans.

Examen: Vésicule sensible. Murphy net.

Néanmoins, impression d'une histoire ulcéreuse (près du pylore).

Radios: Gros ulcus post-bulbaire avec phénomènes inflammatoires et oedémateux.

17-12-34.

Protéinothérapie. Dix injections.

A été un peu amélioré au cours du traitement. Après la dernière piqure il fait une nouvelle crise très violente et les vomissements reprennent.

Radios: Diminution très sensible de la niche. Mais la lésion, en se cicatrisant, provoque une sténose.

On fait une deuxième série.

Le malade, après une deuxième série, présente des brûlures, des vomissements et, d'autre part, un estomac gêné, et une petite niche cicatrisée: comme s'il s'organisait une stérose post-bulbaire.

On conseille l'opération.

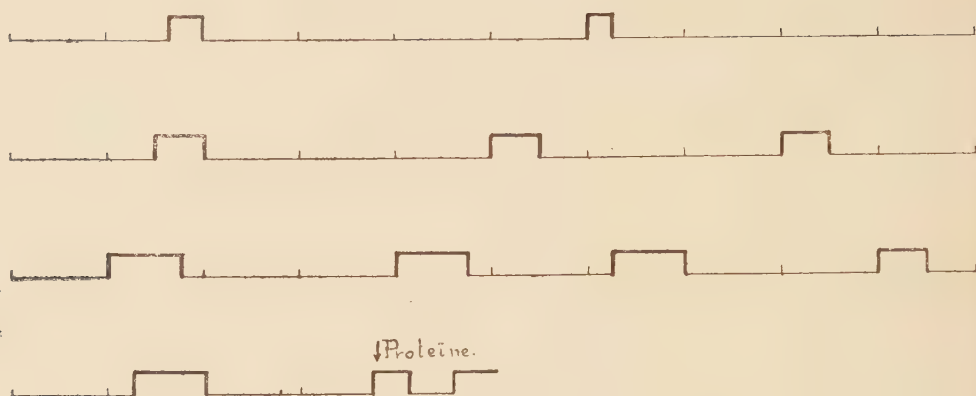
28-1-35.

Compte rendu opératoire:

« Grosse déformation du bulbe avec sténose par ulcère, celui-ci se trouve sur la face antérieure, près de la veine pylorique G. E. » (Prof. Gosset.)

En somme: Légère action analgésiante, mais diminution nette du volume de la niche.

Depuis 35 ans. U.D. F: 50 ans.

*Ulcus duodénal déformant.*

OBSERVATION N° 48

4-5-34.

Mme M., Jeanne, âgée de 50 ans, présente des troubles digestifs depuis l'âge de 15 ans. Ceux-ci consistent essentiellement en douleurs épigastriques irradiant dans le dos, survenant par périodes de huit à dix jours tous les ans, ou deux ou trois fois par an.

Les crises douloureuses survenaient deux heures et demie après les repas et vers 1 heure du matin. Parfois un vomissement de liquide acide. Lorsque la période douloureuse est terminée, la malade entre dans une phase de calme absolu.

Actuellement les crises se rapprochent et sont du type ulcéreux très net.

Radios: Ulcère déformant du bulbe.

Protéinothérapie (juin 34).

Dix jours après la fin de la série, la malade a fait une poussée ulcéreuse.

On conseille l'intervention que la malade refuse.

En somme: Echec complet.

Gastro-jejunité. Ulcus peptique?

OBSERVATION N° 49

Septembre 34.

M. C... Victor, âgé de 46 ans, employé de commerce, a été opéré le 31 janvier 1934 par le Prof. Gosset pour ulcère duodénal, première portion, à 1 cm. de la veine pylorique, au milieu de la face antérieure. Gastro-entérostomie postérieure avec une bouche aussi large que possible.

A été bien jusqu'il y a un mois. Depuis, il souffre beaucoup. Il indique spontanément la région para et sus ombilicale gauche.

L'examen révèle une défense musculaire dans la région de la bouche.

Sur les clichés: Image suspecte de la bouche qui pourrait être une niche.

Gastro-jejunité.

Protéinothérapie.

6-11-35.

Amélioration nette à partir de la quatrième injection. Actuellement le malade va bien. Sur les nouveaux clichés, l'image suspecte de la bouche ne se voit plus.

12-1-35.

Après une deuxième série, faite en décembre, le malade va toujours bien.

Ulcus duodénal récidivé.

OBSERVATION N° 50

M. Q... Gustave, 55 ans, a été opéré pour la première fois en 1920 pour ulcus duodénal. G. E. Le malade est soulagé pendant six ans.

En 1926: Hématémèses, meloenas, transfusion.

En 1932: Deuxième opération pour ulcus peptique avec hématémèses et meloena.

9 mai 1932: Ablation de la G. E. et de l'Ulc. Peptique. Judd sur le duodénum qui ne présentait pas d'ulcère.

9-12-32.

A été bien pendant cinq mois. En novembre — quoique ayant suivi son régime (mais pas de traitement) — a commencé à avoir quelques douleurs vers trois heures

de l'après-midi. Douleurs épigastriques, irrégulières, tous les deux ou trois jours. Durée: 1 h. à 1 h. 1/2. Quelquefois, la nuit, vers minuit. Nausées, mais pas de vomissements.

12-11-33.

Depuis quelques mois le malade souffre de nouveau.

En septembre 33 a eu une période de trois semaines, souffrant tous les jours le matin de 9 h. à 11 h., l'après-midi, de 3 à 6 h. et la nuit de minuit à 3 heures du matin. Douleurs à se plier en deux.

4-1-34.

Après un intervalle de deux mois de santé parfaite, il recommence une nouvelle période semblable à la précédente, avec des vomissements en plus.

20-3-34.

Le malade a été mis à la Protéinothérapie.

A été bien pendant quelques jours, puis a recommencé à souffrir. Il y a trois jours, a fait un méloena et une hématomèse, et le lendemain une hématomèse.

L'hémorragie est survenue après 3 ou 4 jours de la réapparition des douleurs et les a supprimées.

On conseille au malade une nouvelle opération. Gastrectomie le 2-5-34.

« Libération des adhérences multiples qui unissent l'estomac à la paroi et surtout le duodénum et le pylore au foie. Décollement colo-épiploïque et gastrectomie Finsterer rendue difficile. Technique habituelle avec résection de 14 cm. de petite courbure. » (D^r Charrier.)

En somme: Action sur l'élément douleur, mais action moins marquée que celle par hémorragie qui a nettement calmé les douleurs.

Ulcus Peptique.

OBSERVATION N° 51

M. L... Henri, âgé de 51 ans, a été opéré en février 1930 pour sténose ulcéreuse du D¹.

Amélioration pendant quelques mois, puis ulcus peptique.

Nouvelle opération en décembre 31.

A été bien pendant un an. Puis recommence à souffrir.

Les Radios montrent une énorme niche d'Ulcère Péptique.

Continue à souffrir par crises.

Février 34.

On met le malade à la *Protéinothérapie*.

A été bien. Grosse diminution de l'image de niche. Presque disparition.

21-4-34.

Recommence à souffrir. Douleurs, dit-il, plus fortes qu'avant le traitement.

On fait une deuxième série. Il a été nettement amélioré à la septième injection, c'est-à-dire vingt jours après le début du traitement.

Sur les nouvelles radios, la niche réapparaît et on conseille l'intervention.

23-7-34.

Compte rendu opératoire:

« Masse du volume d'une orange, formé par l'estomac, le colon, la bouche, le grêle. Séparation du colon avec l'anastomose. On trouve à ce moment un ulcère de la face antérieure de la bouche de 1 cm. 1/2 de diamètre, complètement perforé dont le fond est formé par le colon qui est certainement très près de la perforation et de la constitution d'une fistule jejuno-colique. » (D^r Charrier.)

En somme: Action sur l'élément douleur.

Ulcus Péptique.

OBSERVATION N° 52

12-12-33.

M. C... Alphonse, garçon d'hôtel, âgé de 51 ans, a été opéré en 1922 pour ulcus pylorique. Gastro-entérostomie.

Avant son opération souffrait depuis quatre ans, par périodes de un à quatre mois, avec des intervalles de trois à quatre mois, pendant lesquels il souffrait tous les jours vers 4 heures de l'après-midi et vers 1 heure du matin. Avait des vomissements fréquents.

Après l'opération, le malade a été bien pendant dix ans. Il mangeait bien, n'a jamais souffert, ne suivait pas de régime.

Depuis deux mois recommence à souffrir. Douleurs à type de brûlures siégeant au niveau de la partie inférieure à l'épigastre, immédiatement au-dessus de l'ombilic, sans aucune irradiation. Elles surviennent une heure et demie après les repas et vers 4 heures du matin. Calmées par l'ingestion d'aliments. Pas de vomissements. A maigri de 7 à 8 kgs en six mois. L'appétit n'est pas modifié.

Diagnostic clinique: Ulcus peptique.

10-3-34.

Malgré une série de dix injections de Protéine, le malade continue à souffrir.

Il existe une niche près de la bouche de G. E. et très probablement des adhérences gênant le fonctionnement de l'anse afférente.

On conseille la gastrectomie.

29-3-34.

Compte rendu opératoire:

« Péri-stomite et induration sur le bord antérieur de la bouche. Pylore partiellement sténosé. On résèque 10 cm. d'intestin grêle après avoir libéré la bouche en commençant par le décollement colo-épiploïque. Ensuite gastrectomie. Petite courbure enlevée: 11 cm. L'ulcère peptique a 1 cm. de diamètre. » (D^r Charrier.)

4-6-34.

Le malade ne souffre plus que d'un tiraillement à gauche quand il tousse ou fait un effort.

En somme: Echec complet.

Ulcère Peptique.

OBSERVATION N° 53

2-12-34.

M. C... Léon, vendeur, 36 ans.

A été opéré en mars 1933 pour ulcus pylorique. Gastro-entérostomie postérieure transversale.

Depuis conserve tous les jours des lourdeurs et par moments des douleurs deux ou trois heures après les repas, « comme avant son opération ». Ces périodes durent quelquefois une huitaine de jours. Douleurs à type tardif, douleurs médianes, un peu basses, quelquefois à se plier en deux.

A l'examen, la région de la bouche et la région du bulbe paraissent douloureuses.

Diagnostic: *Ulcère peptique*. Sténose de l'anse efférente avec duodénite. Sténose incomplète de l'anse efférente.

10-2-34.

Malgré une série de dix injections de Protéine, le malade continue à souffrir. On conseille une nouvelle intervention. — Gastrectomie.

« U. Peptique de 8 mm. de diamètre. » (D^r J. Gosset.)

En somme: Echec complet.

Ulcus Peptique.

OBSERVATION N° 54

24-5-34.

M. G... S., 23 ans, étudiant, a été opéré en janvier 34 pour Ulcus duodénal avec gastrite. G. E. postérieure transmésocolique. Bouche très large.

Depuis quatre mois: a souffert presque tous les jours, sensation de pesanteur le matin à jeun et vers 5 h. du soir. Calmées par le bismuth.

Diagnostic: Ulcus peptique au début. Gastrite de la bouche.

Protéinothérapie: 10 injections de Protéine.

Du 28-5-34 au 4-7-34: A cessé de souffrir vers la deuxième ou troisième injection.

Octobre 35.

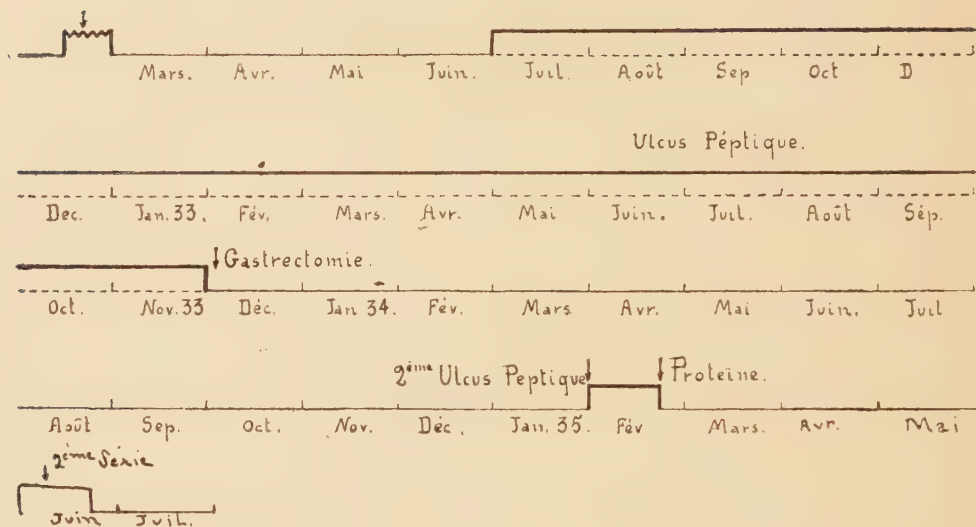
Le malade ne souffre plus depuis la protéinothérapie.

Les clichés ne montrent plus de niche d'ulcus peptique.

La gastrite de la bouche a complètement disparu.

Obs. N° 55

Opéré d'urgence en février 1932. U.D. perforé H 37 ans.



Ulcus Peptique.

OBSERVATION N° 55

12-2-35

M. H... Arthur, âgé de 37 ans, a été opérée en février 1932 d'urgence, pour ulcère duodénal perforé. Suture, G. E. Se porte bien pendant trois ou quatre mois. Puis pendant un an et demi il souffre tous les jours, douleurs à se plier en deux.

Radios: Gros ulcère peptique.

Opéré de nouveau le 22 novembre 1933. Gastrectomie. A été tout à fait bien pendant quatorze mois. Au début, février 35, vive douleur dans la région para-ombilicale droite, tout de suite calmée par l'absorption d'un liquide chaud.

On se demande s'il n'y a pas un nouvel ulcus peptique sur gastrectomie.

Radios: Ulcère peptique.

Mis à la *protéinothérapie*.

Dès la première injection, le malade cesse de souffrir. Traitement très mal supporté. Les nouveaux clichés, après le traitement ne montrent plus de niche d'ulcus peptique.

Mai 35.

Le malade recommence à souffrir. On fait une deuxième série et il est rapidement amélioré.

On remplace le sérum physiologique par de l'hyposulfite de soude à 20 p. 100, et les injections sont très bien supportées.

Ulcus duodénal opéré.

Gastrite avec stase de l'anse afférente.

OBSERVATION N° 56

3-3-34.

M. C... Eugène, âgé de 42 ans, a été opéré en avril 1932 pour ulcère de la face antérieure du bulbe duodénal. G. E. postérieure transversale.

Avant l'opération le malade a été mis à l'angioxyl et à l'extrait parathyroïdien. C'est au cours de ce traitement qu'il recommença à souffrir, et l'intervention a été décidée.

A été très bien jusqu'à décembre 1933. Depuis présente des gonflements, des lourdeurs et de petites douleurs avec renvois, vers quatre heures de l'après-midi. Parfois les douleurs deviennent violentes et le malade vomit du liquide acide.

Impression d'une gastrite de la bouche avec hypersécrétion et gêne de l'évacuation.

Mis à l'atropine et au collargol sans résultat.

21-4-34.

Le malade a été mis à la *Protéinothérapie*.

Vomissait régulièrement tous les deux jours.

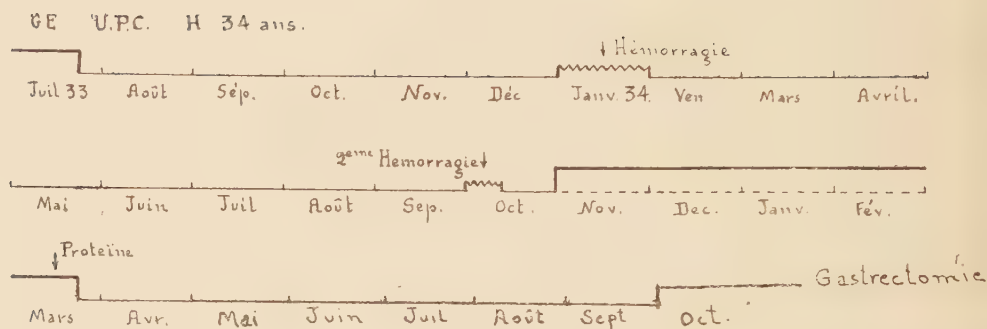
A cessé de souffrir et de vomir vers la septième injection.

14-12-34.

A reçu une deuxième série de dix injections en juillet 34. A été très amélioré et va bien depuis.

En somme: Action nette sur l'élément douleur, sur les vomissements et sur la gastrite.

Obs. N° 57.



Hémorragies et reprises des douleurs après G. E. pour U. P. C.

OBERVATION N° 57

25-2-35.

M. Q... Ernest, âgé de 34 ans, manœuvre, a été opéré en juillet 1933 pour un ulcère de la petite courbure haut situé. G. E. P.

Va bien jusqu'en janvier 34 où il fait une première hémorragie.

En octobre 34, nouvelle hémorragie, plus abondante, qui se reproduit par intermittence pendant huit jours. Depuis cette deuxième hémorragie il souffre beaucoup de l'estomac, tous les jours, trois heures après les repas; douleur transfixiante, derrière l'appendice xiphoïde.

Radios: U. P. C. persistant après G. E.

Mis à la Protéinothérapie en mars 35.

Le malade qui souffrait continuellement depuis octobre 34 a été rapidement amélioré par le traitement. Il va bien actuellement. Sur une dernière série de radios — après le traitement — on voit une anse efférente collée sous l'estomac et paraissant ne pas bien se vider. Novembre 35.

Depuis un mois souffre de nouveau.

Les nouveaux clichés ne montrent ni une réactivation de l'ancien ulcus, ni image d'ulcus peptique. Mais l'anse efférente reste toujours collée sous l'estomac.

On conseille une gastrectomie.

CONCLUSIONS

L'ulcère gastrique ou duodénal est une affection qui évolue par poussées limitées, de quelques semaines, se traduisant par des douleurs tardives et des signes radiologiques. *Cette poussée se termine spontanément et les images radiologiques s'effacent.* Le malade reste apparemment guéri — même sans aucun traitement ni régime — jusqu'à la poussée prochaine qui peut survenir des mois et même des années plus tard.

Pour juger l'efficacité d'une méthode thérapeutique, il faut donc que l'observation d'un ulcéreux traité soit une *observation chronologique* qui étudie et compare les poussées et les sédations, avant, pendant et après le traitement.

La façon la plus claire est de reporter sur un *graphique* chaque poussée douloureuse, les périodes d'accalmie, les incidents et enfin les traitements.

*
**

Parmi les multiples méthodes thérapeutiques préconisées contre l'ulcère, la protéinothérapie régulièrement appliquée sur cinquante-sept malades suivis depuis deux ans et demi, nous a donné les résultats suivants:

Sur cinquante-sept malades traités, il y a vingt-huit échecs, vingt-trois succès et enfin six cas où l'action est trop récente pour être jugée.

Dix malades n'ont eu aucune amélioration. Tous les autres — même ceux qui ont abouti à un échec — ont bénéficié d'une amélioration plus ou moins appréciable. Pour les uns, la poussée douloureuse a été *écourtée*, par la disparition des douleurs et des vomissements dès la première ou deuxième injection. Pour les autres, la protéinothérapie a *allongé* les périodes d'accalmie.

*
**

La protéinothérapie agit nettement et rapidement sur les phénomènes inflammatoires. Deux indications bien spéciales et d'un très grand intérêt pratique en résultent.

a) *Action dans les sténoses inflammatoires du pylore*

Un grand nombre de sténoses du pylore sont de nature inflammatoire (R. A. Gutmann et R. Jahiel). Dans ces cas, la protéinothérapie fait cesser rapidement les troubles et change l'aspect radiologique d'estomac distendu en celui d'un estomac normal. On évite ainsi d'opérer, comme on le pensait jadis, ces estomacs au cours de leur période inflammatoire et on peut s'il y a lieu pratiquer plus tard l'intervention à froid.

b) *Elément de diagnostic différentiel entre Ulcère et Cancer ulcérimforme*

Quand les phénomènes inflammatoires prédominent et entourent une niche ulcéreuse, ils peuvent lui donner un aspect irrégulier. Un vieil ulcère calleux, par exemple, perd ses caractères cliniques, la niche ne s'efface plus spontanément, et peut faire penser à une transformation maligne. Grâce à la protéinothérapie — après 4 à 5 injections environ — les phénomènes inflammatoires disparaissent, et la niche *diminue de volume*, ce qui constitue déjà un signe rassurant, permettant de continuer le traitement médical, ou même d'intervenir dans des conditions beaucoup plus favorables.

En cas de cancer, la protéinothérapie n'amène aucune régression de volume et de l'aspect de la niche, qui persiste et reste irrégulière.

*
**

La protéinothérapie agit également d'une façon remarquable dans les gastro-jejunités, consécutives à des gastro-entérostomies. Nous avons assisté à la disparition d'images inflammatoires étendues et parfois

presque lacunaires, accompagnées de troubles fonctionnels. Après quelques injections de protéine, les radiographies montrent une muqueuse absolument normale, tandis que les signes cliniques (brûlures, crampes, vomissements dus à une sténose inflammatoire de la bouche) disparaissent.

Nous avons également noté, à titre exceptionnel, la disparition de niches d'ulcère peptique.

*
**

Au cours de nos essais thérapeutiques et, en présence des échecs caractérisés, dix-sept de nos malades, ont été opérés. Tous avaient reçus une ou deux séries de protéine intra-veineuse.

Grâce à la consultation du samedi, uniquement réservée aux anciens opérés, nous avons pu les suivre régulièrement. Or, sur ces dix-sept malades opérés, pas un seul n'a présenté une complication post-opératoire, ni du côté pulmonaire, ni du côté de sa gastrectomie ou gastro-entérostomie. Depuis deux ans que nous les suivons, nous avons pu constater cliniquement et radiologiquement leur parfait état gastrique et général.

Il nous semble donc qu'avant de confier le malade au chirurgien, il est indiqué de le traiter par la protéine qui semble être une excellente vaccination pré-opératoire.

*
**

Si les résultats que nous rapportons paraissent médiocres à côté des statistiques impressionnantes d'autres auteurs, ils nous semblent du moins beaucoup plus près de la réalité, et ceci pour deux raisons:

- 1° Tous nos cas sont strictement vérifiés au point de vue du diagnostic;
- 2° Nous sommes les seuls à insister sur la comparaison entre l'histoire clinique avant et après le traitement, unique moyen pour juger de son efficacité.

*
**

Malgré nos chiffres peu élevés de succès, nous pensons donc que la protéinothérapie est actuellement l'un des traitements médicaux le plus actif, dirigé contre les ulcères gastro-duodénaux et leurs complications.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris:

CHARLÉTY.

Vu: le Doyen,
ROUSSY.

Vu: le Président,
A. GOSSET.

BIBLIOGRAPHIE

- BECO (L. de). — L'ulcère gastro-duodénal. Son traitement. (*Presse Médicale*, 5 mai 1934.)
- CONZALEZ CALVAN. — La protéinothérapie de las ulceras de estomago y duodeno. (*Med. Ibero*, 21-2-31.)
- EGGERS. — Constitution de l'ulcère gastrique et le problème de son traitement. (Wursburg, 1929.)
- FISCHL (L.). — Zur Novoproteinbehandlung des ulcus ventriculi. (*Munchen med. Wahr*, 19 oct. 1928.)
- GOIA, J. — Ulcer of stomach and duodenum treated by parenteral injections of actoproteins. (*Clin. med.*, août 1927.)
- GUTMANN (R.-A.). — Les syndromes douloureux épigastriques, 2 volumes, 2^e édition. Paris 1934. (Doin, édit.).
— Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. (*Presse Médicale*, 21-10-31.)
- GUTMANN (R.-A.), Mme LANNEGRACE-PARTURIER et M. DEMOLE. — A propos du traitement médical des ulcères. (*Arch. des M. de l'App. dig.*, février et mai 1932.)
- GUTMANN (R.-A.) et R. JAHIEL. — Les sténoses inflammatoires du pylore avec parésie gastrique ectasiant. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 31 mai 1935, N° 19.)
— Les sténoses du pylore et les gastrites ectasiantes. (*Pr. Méd.* 25-1-36.)
- GUTMANN (R.-A.). — Début et évolution des ulcères. (*Journal belge de gastro-entérol.* N° 1, janv. 1936.)
- GUTMANN (R.-A.), Mlle REKIS et Tax. DASCALAKIS. — Critères d'efficacité dans le traitement médical des ulcères. (*Presse Médicale*, 15 février 1936.)
- GUTMANN (R.-A.), Mlle REKIS et Tax. DASCALAKIS. — Tests d'efficacité des traitements médicaux des ulcères. (*Archives des Maladies de l'appareil digestif*, avril 1936.)
- GUTMANN (R.-A.) et Tax. DASCALAKIS: — Les poussées inflammatoires aiguës des bouches de gastro-entérostomie. (*Société de Gastro-entérologie de Paris*. — Séance du 10 mars 1936.)

- GUTMANN (R.-A.), Jean CHARRIER, Ivan BERTRAND et G. BEAUGEARD. — Un cas de cancer ulcéreux au début. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1^{er} juin 1936.)
- KONJETNY. — Ther. Gegenwart 1929, N° 53.
- MARTIN (Lay). — Peptic ulcer; effect of parenteral injections of purified milk proteins on symptoms and progress. (*Arch. Int. med.*, mars 1929.)
- MEYER J. et KARTOON (L. B.). — Effects of intravenous injections of foreign protein on peptic ulcer. (*Proc. inst. Med. Chicago* 8:73, avril 1930.)
— *Arch. Int. Med.* 46: 768-777, nov. 1930.
- OURY. — Protéinothérapie dans les ulcères gastro-duodénaux. (Presse médicale, sept. 1925.)
- PERA Y PEREZ. — La protéinothérapie parentérale dans le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal. (*Concours médical*, p. 20, 1925.)
- PERMIAKOFF. — Treatment of ulcers of stomach and duodenum with proteins. (*Klinisch Med.* N° 20, oct. 1928.)
- PECO (G.). — Protéinothérapie de l'ulcère gastro-duodénal. (Rev. de spécial, août, 1930.)
- PERUTZ. — Zur Novoproteinbehandlung des ulcus ventriculi. (*Munchen med. wehr.*, 3 août 1928 et 12 juillet 1929.)
- PRIBRAM. — La thérapeutique parantérale par protéine dans le traitement des ulcérations gastro-duodénales. (*Presse Médicale*, N° 75, 20 sept. 1933.)
- PRON. — La protéinothérapie dans l'ulcère gastrique-duodénal chronique. — Inocuité de la méthode. (*Soc. de méd. de Paris*, 12 nov. 1926.)
- SCHAIKE. — The treatment of peptic ulcer by protein injection. (*Med. J. and Record*, July 3, 1929.)
- SCHIFF (L.) et NORRIS (R.-J.). — Non specific protein therapy in duodenal ulcer. (*J. Méd.*, juin 1931.)
- SCHINDLER (R.). — Erfolg internistischer Behandlung des ulcus ventriculi seit Beginn der Reinkorporation. (*Munchen med. Wehr* 75, 8 juin 1928.)
- VAUZANT (F. R.). — Effect of injection of non specific protein on pain of ulcer and on gastric secretion. (*Proc. Staff. Meet. Mayo Clin*, Déc. 7, 1931.)
- VON ALDOR (L.). — Die Proteinkorpertherapie und ihr wert bei Erkrankungen des Digestions — traktus. (*Ergbn. d. ges. Med.* 17: 353-365, 1932.)

